

UNIVERSITÄT MANNHEIM



Juliane Landmann

Politische Steuerungsprozesse im Politikfeld Gesundheit

Eine Analyse der Auswirkung von reguliertem
Wettbewerb auf den Bundesausschuss
der Ärzte und Krankenkassen



Januar 2007

Die Veröffentlichung beruht auf einer Dissertation
der Universität Mannheim

Alle Rechte vorbehalten.
Mannheim University Press



Verlagskooperation der SUMMACUM GmbH und der Universitätsbibliothek Mannheim

Umschlaggestaltung: SUMMACUM GmbH
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Wörmann & Partner, Mannheim

Informationen unter
www.summacum.com

ISBN 3-939352-08-X
ISBN 978-3-939352-08-2

Politische Steuerungsprozesse im Politikfeld Gesundheit

Eine Analyse der Auswirkung von reguliertem
Wettbewerb auf den Bundesausschuss der Ärzte und
Krankenkassen

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer
Doktorin der Sozialwissenschaften der Universität Mannheim

vorgelegt von Dipl. Soz. Juliane Landmann

Vorwort

Gesundheitsreformen sind zu einem Dauerthema der deutschen Politik geworden. Kaum beginnt die eine Reform zu wirken, kündigt sich die nächste an. Für wissenschaftliche Evaluationen der tatsächlichen Wirkungen von Reformen ist das ein Nachteil. Denn die Wirkung eines Gesetzes lässt sich erst solide beurteilen, wenn es eine gewisse Zeit in Kraft war und wenn die untersuchte Praxis im Gesundheitswesen nicht Spätfolgen der vorletzten Reform oder frühzeitige Reaktionen auf die sich ankündigende nächste bis übernächste Reform sind.

Die Organisationsreform von 1992 betrifft den Interessenausgleich zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern, mit dem die Nachfrage nach und das Angebot von Gesundheitsleistungen geregelt wird. Dieser Ausgleich wird nicht einem relativ freien Wettbewerb überlassen, sondern Lösungen werden unter staatlichen Vorgaben korporatistisch ausgehandelt. Bis 2003 saßen sich Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Vertreter der kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) gegenüber, um den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen für den ambulanten Bereich zu konkretisieren. Inzwischen ist der BAÄK mit dem Bundesausschuss für Zahnärzte und Krankenkassen, dem Ausschuss Krankenhaus und dem Koordinierungsausschuss in dem Gemeinsamen Ausschuss zusammengefasst worden. Dieser gemeinsame Ausschuss wurde mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1.1.2004 eingeführt.

Korporatismus ist ein wichtiges Thema für die Sozialwissenschaften. Die hier vorgelegte Monographie ist als Dissertation von der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Mannheim angenommen worden. Die Verfasserin untersucht, welche Auswirkung die Organisationsreform von 1992 auf die Handlungsstrategien der Krankenkassen im BAÄK hatte. Mit dieser Reform wurde zum einen der Risikostrukturausgleich ab 1995 und zum anderen die freie Krankenkassenwahl ab 1996 eingeführt. Vor der Reform waren die Unterschiede in den Interessenlagen der Krankenkassen nicht groß. Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, welche Krankenkassen Mitglieder verloren und welche Mitglieder gewannen und welche Krankenkassen zu den Empfängern und welche zu den Einzahlern in den Risikostrukturausgleich gehören. Daraus lassen sich Hypothesen über die Strategien bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern ableiten. Eine Krankenkasse mit guter Risikostrukturentwicklung hat weniger Interesse an Kollektivverhandlungen und einer Verbesserung der allgemeinen Qualität für alle gesetzlichen Krankenkassen, weil sie Spielraum für freiwillige Leistungen hat. Bei schlechter Risikolage will man aber in Kollektivverhand-

lungen erreichen, dass alle Krankenkassen Leistungen gleicher Qualität anbieten und Kosteneinsparungen durch Optimierungsstrategien auf Seiten der Leistungserbringer möglich werden. Das Innovative der Arbeit von Frau Landmann besteht darin, wie sie diese Hypothesen empirisch überprüft. Sie schließt auf die Handlungsstrategien der verschiedenen Kassenarten im BAÄK auf Basis einschlägiger Artikel in der jeweiligen Verbandspresse. Diese Artikel werden mit einem computergestützten Inhaltsanalyseverfahren systematisch ausgewertet. So kann die Verfasserin nachweisen, dass die Organisationsreform auf Ebene der Bundesverbände eindeutig zu einer heterogeneren Interessenlage der Krankenkassen-seite geführt hat. So zeigten die Betriebskrankenkassen im Unterschied zu den anderen Kassenarten ein sehr großes Interesse an Einzelkassenaktivitäten und dem damit verknüpften Interesse an verstärkter Wirtschaftlichkeit der GKV.

Über die vorliegende Thematik hinaus ist das empirische Vorgehen unter Einsatz der computergestützten Inhaltsanalyse für viele Bereiche der Politikwissenschaft anwendbar. Man denke nur an Parlamentsdebatten oder auch an die normale Auswertung von Massenmedien. Aber dieses Buch soll natürlich in erster Linie Leser finden, die am deutschen System der gesetzlichen Krankenkassen interessiert sind. Und die Lektüre wird sich lohnen, selbst wenn es den BAÄK inzwischen nicht mehr in der alten Form gibt. Man kann als Schlussfolgerung aus dieser Arbeit ableiten, dass ein gesetzlicher Zwang zur Bildung eines einzigen Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene den Korporatismus stärkt und den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eher schwächt. Einen solchen Spitzenverband schreibt das für 2007 geplante neue Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vor.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf	8
3	Präzisierung der erwarteten Wirkung von reguliertem Wettbewerb	16
4	Verortung der Fragestellung und Entwicklung eines Untersuchungsleitfadens	20
5	Leistungsregulierende Expertengremien und Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes	26
6	Verhandlungsgeschehen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	30
6.1	Aktivitätenverteilung des BAÄK	31
6.2	Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	33
6.2.1	LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren	41
6.2.2	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	42
6.3	Merkmale des Verhandlungsgeschehens nach der Organisationsreform im Überblick	44
7	Zum institutionellen Kontext der Wahlklassen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	46
7.1	Institutionelle Rahmenbedingungen im BAÄK	47
7.2	Institutionelle Rahmenbedingungen der am BAÄK teilnehmenden Wahlklassen	50
8	Korporatistische Verbändetheorie als handlungstheoretischer Bezugsrahmen	53
8.1	Verbände als Interessen»unternehmer«	54
8.2	Intermediäre Organisation	55
8.3	Stellschrauben der Organisationsreform und die Handlungssituation danach	57

9 Mitgliedschaftslogische Ansprüche an Interessendefinitionen der Bundesverbände der Wahlklassen	61
9.1 Zur Wettbewerbssituation der Mitgliedskassen	62
9.1.1 Regulierungseffekte des Risikostrukturausgleichs	62
9.1.2 Wechselbewegungen und Wechselmotive der Versicherten	69
9.2 Risikostrukturabhängige Wettbewerbsstrategien auf Mitgliedskassenebene .	75
9.3 Mitgliedschaftslogische Ansprüche an kollektive Interessendefinitionen für leistungsregulierende Expertengremien	77
10 Empirische Analyse der Interessen der Bundesverbände von AOK, BKK und Ersatzkassen	80
10.1 Hypothesenbildung	81
10.2 Wahl der Untersuchungsmethode	88
10.3 Operationalisierung der Hypothesen	90
10.3.1 Textauswahl und -zusammensetzung	91
10.3.2 Kategoriensystem	94
10.3.3 Zur Bestückung des Kategoriensystems	99
10.4 Inhaltsanalyse und Auswertung	103
10.4.1 Interessenwandel	106
10.4.2 Interessenprofile	109
10.4.3 Interessenbündel	110
10.4.4 Einzelinteressen	117
10.4.5 Innerverbandliche Konfliktniveaus	123
10.5 Fazit	126
11 Verhandlungssituationen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	130
11.1 Vor und nach der Einführung von reguliertem Wettbewerb	131
11.2 Situationsstrukturelle Diskussion	139
11.3 Einordnung des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden	142
12 Resümee	147
A Anhang: Diktionärbeschreibung	151

A.1 Bundesverbandsinteressen bei schlechter Risikostrukturentwicklung einer Kassenart	152
A.1.1 Interesse an Kollektivverhandlungen (1000)	152
A.1.1.1 Kollektivverhandlungsgremien (1100)	152
A.1.1.1.1 Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene (1101)	152
A.1.1.1.2 Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene (1102)	152
A.1.1.1.3 Restkategorie (1103)	152
A.1.1.2 Kollektivverhandlungsaktivitäten (1200)	152
A.1.1.2.1 Ergebnisse des BAÄK bzw. BAZÄK (1201) . . .	152
A.1.1.2.2 Ergebnisse des Ausschusses Krankenhaus (1202) .	152
A.1.1.2.3 Ergebnisse des Koordinierungsausschusses (1203)	152
A.1.1.2.4 Ergebnisse anderer Kollektivverhandlungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (1204)	153
A.1.1.2.5 Restkategorie (1205)	153
A.1.1.3 Kollektivverhandlungsteilnehmer (1300)	153
A.1.1.3.1 Krankenkassen-Vertreter (1301)	153
A.1.1.3.2 Ärzte-Vertreter (1302)	153
A.1.1.3.3 Andere Vertreter (1303)	153
A.1.1.3.4 Restkategorie (1304)	153
A.1.2 Interesse an Qualität der GKV (2000)	154
A.1.3 Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite (3000)	154
A.1.3.1 Leistungsanbieter-Wirtschaftlichkeit (3100)	154
A.1.3.2 Leistungsanbieter-Qualität (3200)	154
A.1.3.3 Restkategorie (3300)	154
A.2 Bundesverbandsinteressen bei guter Risikostrukturentwicklung einer Kassenart	154
A.2.1 Interesse an Einzelkassenaktivitäten (4000)	154
A.2.1.1 Einzelkassen (4100)	154
A.2.1.1.1 AOK (4101)	155
A.2.1.1.2 BKK (4102)	155
A.2.1.1.3 Ersatzkassen (4103)	155
A.2.1.1.4 IKK (4104)	155

A.2.1.1.5	Restkategorie (4105)	155
A.2.1.2	Einzelkassenaktivitäten (4200)	155
A.2.1.2.1	Vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellte vertrags- rechtliche Handlungsspielräume ↓ (4201)	155
A.2.1.2.2	Kassenautonome Optimierungsstrategien ↓ (4204)	156
A.2.1.2.3	Restkategorie (4216)	156
A.2.1.3	Einzelkassen-Vertragspartner (4300)	157
A.2.1.3.1	Vertragspartner für Modellversuche und Struktur- verträge (4301)	157
A.2.1.3.2	Restkategorie (4302)	157
A.2.2	Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV (5000)	157
A.2.3	Interesse an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite (6000)	157
A.2.3.1	Krankenkassen-Wirtschaftlichkeit (6100)	157
A.2.3.1.1	Mehr Wirtschaftlichkeit durch kasseninterne Or- ganisationsreform (6101)	157
A.2.3.1.2	Mehr Wirtschaftlichkeit durch Optimierung des Krankenkassen-Verwaltungsapparates (6102) . . .	157
A.2.3.2	Krankenkassen-Qualität (6200)	158
A.2.3.2.1	Multimedialer Service (6201)	158
A.2.3.2.2	Service durch kundenorientierte Betreuung (6202)	158
A.2.3.2.3	Service in der Gesundheitsförderung (6203) . . .	158
A.2.3.3	Restkategorie (6300)	158
A.2.3.3.1	Werbung (6301)	158
A.2.3.3.2	Marketing und Vertrieb (6302)	158
A.2.3.3.3	Marktforschung (6303)	158

Abbildungsverzeichnis

1	Ausgaben für Gesundheit 1998 nach Ausgabenträgern	8
2	Ausgaben 1960–1997 der größten Leistungsbereiche der GKV	9
3	Versicherungspflichtgrenzen in der GKV 1970–2002	10
4	Beitragssätze der GKV 1970–2002	11
5	Wirkungsmechanismus: Idealmodell »Managed Competition«	18
6	Verortung Fragestellung in der Gesamtkonzeption der Organisationsreform	21

7	Steuerungsentention des Gesetzgebers auf Makroebene	22
8	Kernstruktur der vorliegenden Untersuchung	23
9	Untersuchungsleitfaden	25
10	Organisatorische Struktur der AOK, BKK und IKK vor Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit	51
11	Krankenkassenwahlfreiheit innerhalb der organisatorischen Struktur der AOK, BKK und IKK	59
12	Marktanteile der Wahlklassen an GKV-Versicherten 1991–2002	70
13	Wechselgründe und Gründe für Wechselgedanken	71
14	Wechselgründe und Gründe für Wechselgedanken nach Kassenarten	73
15	Beitragssätze nach Kassenarten 1970–1997	74
16	RSA-Transfervolumen 1994–2002	85
17	Erster Schritt: 2 Hauptkategorien des Dictionärs	95
18	Zweiter Schritt: 2 Hauptkategorien plus je 3 Subkategorien des Dictionärs .	96
19	Endversion des Dictionäraufbaus	98
20	Datenlage	106
21	Textaufteilung »Interessenwandel I«	108
22	Textaufteilung »Interessenwandel II«	109
23	Textaufteilung »(abgrenzbare) Interessenprofile«	111
24	Textaufteilung »Interessenbündelung«	113
25	Textaufteilung »(abgrenzbare) Interessenbündel-Präferenzen«	116
26	Textaufteilung »Wandel von Einzelinteressen«	119
27	Textaufteilung »(abgrenzbare) Einzelinteressen-Präferenzen«	121
28	Grundsituation BAÄK	134
29	Verhandlungssituationen im BAÄK vor und nach der Organisationsreform	139
30	Verhandlungssituation im BAÄK vor der Organisationsreform	140
31	Verhandlungssituation im BAÄK nach der Organisationsreform	141
32	Drohende Verhandlungssituation im BAÄK nach der Organisationsreform .	145

Tabellenverzeichnis

1	Aktivitäten des BAÄK vor und nach der Organisationsreform	32
2	Verhandlungsergebnisse im Bereich »Ärztliche Behandlung« vor und nach der Organisationsreform	36

3	Mehrmals verhandelte ärztliche Methoden des BAÄK vor und nach der Organisationsreform	40
4	Teilnehmerliste Bundesausschuss	48
5	Berechnung des Risikostrukturausgleichs	65
6	Mittlere ausgabendeckende Beitragssätze ohne und mit RSA im Jahr 1999	66
7	Vergleich ausgewählter Ausgabenpositionen von Krankenkassen mit ihrer Wachstumsrate 1995–1999	67
8	Artikel- und Wörtermengenverteilung der Verbandszeitschriften der AOK, BKK und Ersatzkassen 1990–2002	93
9	Textabdeckungsquoten des gesamten Dictionärs	102
10	Größe der Textkorpora nach Verbandszeitschrift und Autorenschaft	104
11	Korrelationsanalyse der Bundesverbandsinteressen an Kollektivverhandlungen und Einzelkassenaktivitäten vor der Organisationsreform	114
12	Korrelationsanalyse der Bundesverbandsinteressen an Kollektivverhandlungen und Einzelkassenaktivitäten nach der Organisationsreform	114
13	Arithmetisches Mittel der gebündelten Bundesverbandsinteressen IB ₂ nach der Organisationsreform	117
14	Unterschiede der einzelnen Bundesverbandsinteressen vor und nach der Organisationsreform	118
15	Arithmetisches Mittel der signifikant unterschiedlichen Einzelinteressen vor und nach der Organisationsreform	120
16	Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesverbandsinteressen nach der Organisationsreform	122
17	Arithmetisches Mittel der Bundesverbandsinteressen an Einzelkassenaktivitäten und Optimierung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform	122
18	Größe der Konfliktniveaus zwischen Mitgliedskassen- und Bundesverbandsebene nach der Organisationsreform	125
19	Interessenverteilung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform	138
20	Drohende Interessenverteilung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform	145

Algorithmenverzeichnis

1	Berechnung der gewogenen k -Durchschnitte	124
2	Berechnung des Hodges-Lehmann-Schätzers	125

Abkürzungsverzeichnis

ABS	Ausgleichsbedarfssatz
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BAÄK	Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
BAZÄK	Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
BAnz	Bundesanzeiger
BKK	Betriebskrankenkassen
BKN	Bundesknappschaft
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BUB	Bewertung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BV	Bundesverbände der Wahlkassen
BV AOK	Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen
BV BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BV EK	Bundesverbände der Ersatzkassen
BV IKK	Bundesverband der Innungskrankenkassen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-SoIG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1998
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004
G+G	Gesundheit und Gesellschaft
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz 1992
GRG	Gesundheitsreformgesetz 1988
GRG 2000	Gesundheitsreformgesetz 2000
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
einz	Interesse an Einzelkassenaktivitäten
EK	Ersatzkassen
IB ₁	Kollektivverhandlungen-Interessenbündel
IB ₂	Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKK	Innungskrankenkassen
<i>K</i>	Konzessionsbereitschaft des Gegenübers zu Erreichung des BAÄK-Ergebnisses nötig
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
koll	Interesse an Kollektivverhandlungen
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz 1976
landw. KV	landwirtschaftliche Krankenversicherung

MDK	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung
<i>N</i>	keine Konzessionsbereitschaft des Gegenübers zur Erreichung des BAÄK-Ergebnisses nötig
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
okk	Interesse an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite
ole	Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite
<i>P</i>	Schreibprozess der Krankenkassenfunktionäre
qual	Interesse an Qualität der GKV
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung.
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
VDAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
wirt	Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV
2. NOG	Zweites Neuordnungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung 1997
< OR	Zeitraum vor der Organisationsreform
> OR	Zeitraum nach der Organisationsreform

1 Einleitung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein sozialpolitischer Grundpfeiler in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre zentralen Aufgaben sind die Organisation und die Finanzierung der Behandlung von rund neunzig Prozent der bundesdeutschen Wohnbevölkerung im Krankheitsfall. Diese neunzig Prozent lassen sich mit Blick auf die Versicherungspflichtgrenze in einen Anteil von Pflichtversicherten und einen Anteil von freiwillig Versicherten aufschlüsseln. Den deutlich größten Teil der in der GKV Versicherten stellen die sogenannten Pflichtversicherten. Im Jahr 2002 lag der Pflichtversichertenanteil bei 83 Prozent und der Anteil der freiwillig Versicherten betrug 17 Prozent. [BMGS c, 31f.]

Die finanziellen Mittel der GKV stammen nahezu ausschließlich aus den Beiträgen, die von dem versicherten Arbeitnehmeranteil und ihren Arbeitgebern in Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens des einzelnen Arbeitnehmers entrichtet werden. Die auf diese Weise erzielten Einnahmen werden allerdings seit Ende der 1970er immer weniger, während auf der Ausgabenseite der GKV gleichzeitig eine Kostenzunahme zu verzeichnen ist. Diese allorts postulierte Schere zwischen der Entwicklung auf der Einnahmen- sowie auf der Ausgabenseite veranlasst die Politik seither immer wieder zu neuen Reformbemühungen. Der Ursache für die Entwicklung auf der Einnahmenseite wird in der Hauptsache darin gesehen, dass angesichts des Endes der Vollbeschäftigungsgesellschaft immer weniger Geld in die Kassen der GKV gespült wird. Dagegen wird die Entwicklung auf der Ausgabenseite mit der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt erklärt. Beide Entwicklungen gefährden den Status Quo der qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der GKV-Versicherten. Abhängig davon, ob sich die jeweilige Reformmaßnahme auf die Problematik der Einnahmen- oder Ausgabenseite bezieht, wird bei den jeweiligen politischen Steuerungsbemühungen zwischen einnahme- oder ausgabeseitig orientierten Maßnahmen unterschieden. Während es zunehmend die einnahmeseitig orientierten Maßnahmen sind, die seit Beginn des neuen Jahrtausends die politische Diskussion um Reformen der GKV dominieren, waren es vorher die ausgabeseitig orientierten Maßnahmen, die das gesundheitspolitische Tagesgeschäft beherrschten. Die in der vorliegenden Arbeit diskutierte Reformmaßnahme »Einführung von reguliertem Wettbewerb« gehört zu dem Bündel von ausgabeseitig orientierten Maßnahmen. Diese Organisationsreform war Teil des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1992. Oder kurz: des Gesundheitsstrukturgesetzes. Initiator dieser Gesetzesmaßnahme war Horst Seehofer, die letztendlich mit Hilfe einer großen Sachkoalition zwischen CDU und SPD auf den Weg gebracht wurde.

Mit der Organisationsreform wurde eine Krankenkassenwahlfreiheit für alle Pflichtversicherten eingeführt, die sich auf alle Krankenkassen der vier größten Kassenarten in der Bundesrepublik Deutschland erstreckt. Die vier größten Kassenarten sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Ersatzkassen und die Innungskrankenkassen (IKK). Zur Vermeidung eines Wettbewerbs dieser Krankenkassen um kostengünstige Beitragszahler wurde parallel die Pflicht zum Risikostrukturausgleich zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Mit diesem Ausgleich sollen billige und teure Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen mittels Ausgleichzahlungen nivelliert werden. Beim Risikostrukturausgleich handelt es sich demnach um das wettbewerbsregulierende Element der Organisationsreform. Der Risikostrukturausgleich soll letzten Endes dafür sorgen, dass das Solidarprinzip der GKV gewahrt wird. Das heißt, jeder GKV-Versicherte erhält im Krankheitsfall alle Leistungen nach dem Maße seiner gesundheitlichen Bedürfnisse und diese Leistungen werden nach dem Maße seiner wirtschaftlichen Leistungskraft (mit)finanziert.

Ziel der Organisationsreform war eine größere Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Wahrung des Qualitätsniveaus der GKV. Am Ende der vorliegenden Arbeit soll geklärt sein, inwieweit dieses Ziel erreicht wurde. Es soll geklärt sein, ob es sich bei dieser Organisationsreform um einen Steuerungserfolg oder einen Steuerungsmisserfolg handelt. Kenntnisse über den Erfolg oder auch Misserfolg von Reformen sind notwendige Voraussetzung zukünftiger Steuerungserfolge.

Mit Blick auf die Gesamtheit aller ausgabeseitig orientierten Reformbestrebungen durch den Gesetzgeber nimmt die Organisationsreform eine Sonderrolle ein. Gegenstand der Organisationsreform war nämlich nicht der für ausgabeseitig orientierte Reformen übliche Direktangriff auf die Ausgaben in der GKV. Mit der Veränderung der Organisationsbedingungen der Krankenkassen sollten vielmehr Handlungskalküle der Krankenkassen gegen die Kostenexplosion mobilisiert werden. Das dadurch erzeugte größere Interesse der Krankenkassen an Wirtschaftlichkeit soll dann in einer wirtschaftlicheren Krankheitsversorgung der GKV-Versicherten münden, ohne dass das Qualitätsniveau darunter leidet. Entscheidend für die Einschätzung des Erfolgs der Organisationsreform ist die Analyse ihrer Auswirkung auf die Handlungskalküle der Bundesverbände der Krankenkassen. Angesichts des korporatistischen Ordnungsprinzips der GKV sind es auf Seiten der Krankenkassen nämlich vor allem ihre Bundesverbände, die Einfluss auf die Ausrichtung der Krankheitsversorgung ihrer Versicherten nehmen können. Die Bundesverbände der Krankenkassen bestimmen zusam-

men mit Vertretern der Leistungserbringerseite in Gremien der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung den Leistungskatalog der GKV.

Da beide Instrumente der Organisationsreform auf Einzelkassenebene ansetzen, wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, wie sich die Organisationsreform auf die Interessen ihrer Bundesverbände auswirkt und wie sich diese Interessen wiederum auf die korporatistischen Verhandlungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen auswirken. Das in diesem Zusammenhang fokussierte korporatistisch ausgelegte Kollektivverhandlungssystem sind die Expertengremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer. Als Stellvertreter wird der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen¹ (BAÄK) dienen. Die Wirkungsanalyse erstreckt sich über insgesamt vier Kapitel. In Kapitel 8 beginnt sie mit einer rein theoretischen Verortung der Stellschraube der Organisationsreform aus der Perspektive der Bundesverbände der Wahlklassen. Nach der entsprechenden Ableitung der dadurch beeinflussten Interessen der Bundesverbände in Kapitel 9 sowie der empirischen Überprüfung dieser Ableitung in Kapitel 10, endet die Analyse mit der Darstellung der Verhandlungssituation im BAÄK vor und nach der Organisationsreform. Die Ausrichtung der Untersuchung auf die Durchschlagkraft der Organisationsreform von der Einzelkassenebene auf die Kollektivverhandlungsebene der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer impliziert, dass die Einführung von reguliertem Wettbewerb der Paradigmenkonsolidierung des Korporatismus im bundesdeutschen Gesundheitswesen dienen soll. Diese Herangehensweise trägt dem empirischen Sachverhalt Rechnung, dass für die korporatistische Regulierungsform innerhalb der GKV ein Bedeutungsgewinn zu verzeichnen ist. [Döhler/Manow-B., Wigge b, Urban]

Zum Abschluss des Einleitungsteils folgt die detaillierte Beschreibung des Aufbaus der vorliegenden Arbeit. Dazu wird der Inhalt der einzelnen Kapitel kurz skizziert.

In Kapitel 2 wird der gesundheitspolitische Handlungsbedarf über die hier im Einleitungstext erfolgte Beschreibung hinaus präzisiert. Mit Blick auf die Ausgaben- und der Beitragssatzentwicklung der GKV werden wettbewerbs- und wohlfahrtsstaatlich orientierte Perspektiven auf Seiten des Gesetzgebers unterschieden. Beide Perspektiven sind mit dem Ziel der Organisationsreform kompatibel. Am Ende dieses Kapitels ist die Ausgestaltung der zwei Instrumente der Organisationsreform ausführlich beschrieben. Das heißt, hier werden über die Nennung der betroffenen Kassenarten hinaus die im SGB V betroffenen Artikel sowie der exakte Zeitplan ihrer Umsetzung genannt.

¹Der BAÄK wurde im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) umbenannt und trägt entsprechend seit dem ersten Januar 2004 den Namen »Gemeinsamer Bundesausschuss: Vertragsärztliche Versorgung«.

Nach der Auseinandersetzung mit den politischen Kalkülen des Gesetzgebers wird in Kapitel 3 das der Organisationsreform zugrundeliegende Wettbewerbsmodell vorgestellt und mit Blick auf seine tatsächliche Umsetzung diskutiert. Das Idealmodell stammt von Alain Enthoven und wurde in Anlehnung an Überzeugungen der neoklassischen Gleichgewichtstheorie entwickelt. Am Ende des Kapitels wird festgestellt, dass das bundesdeutsche Realmodell dem Enthovenschen Idealmodell nicht ganz entspricht. Beim bundesdeutschen Realmodell liegt eine korporatistische Abweichung vor. Das heißt, die Gesundheitsleistungen werden nicht auf einem Markt bei freiem Wettbewerb der Leistungserbringer angeboten. Die Gesundheitsleistungen werden korporatistisch zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt.

Mit Blick auf die korporatistische Abweichung des bundesdeutschen Realmodells wird in Kapitel 4 ein Untersuchungsleitfaden für die Analyse der Wirkung der Organisationsreform entwickelt. Zuerst wird die Annahme über die Wirkung der Organisationsreform dahingehend präzisiert, dass der durch die Organisationsreform angesteuerte Interessenwandel auf Krankenkassenseite auf die Kollektivverhandlungsebene der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer durchschlagen muss. Zumindest dann, wenn es sich bei der Organisationsreform um einen Steuerungserfolg handelt. Danach wird der Untersuchungsleitfaden in Anlehnung an das soziologische Makro-Mikro-Makro-Modell der Erklärung und den für steuerungstheoretische Fragestellungen maßgeschneiderten Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus entwickelt.

Nach Entwicklung des Untersuchungsleitfadens werden in Kapitel 5 alle für die Wirkungsanalyse in Frage kommenden korporatistischen Arrangements der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer vorgestellt. Der BAÄK stellt sich als geeigneter Stellvertreter heraus. Alle vier genannten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung haben eine leistungsregulierende Aufgabe und bieten den Krankenkassenverbänden ähnliche institutionelle Rahmenbedingungen. Alle hier stattfindenden Entscheidungen finden demnach ihren inhaltlichen Niederschlag im Leistungskatalog der GKV. Angesichts dieser Übereinstimmungen wird angenommen, dass die für den BAÄK erzielten Ergebnisse auf die restlichen drei leistungsregulierenden Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen werden können. Darüber hinaus ist in diesem Kapitel das Interesse des Staates an korporatistischen Regulierungsformen kurz erläutert.

Zum Zweck einer ersten Sondierung erfolgt in Kapitel 6 ein erster Versuch, das Verhandlungsgeschehen im BAÄK deskriptiv zu erfassen. Zuerst wird der Verhandlungsgegenstand des BAÄK präzisiert. Danach erfolgt sortiert nach dreizehn Arbeitsbereichen eine Betrachtung

tung der Aktivitätenverteilung des BAÄK insgesamt. Nach der Betrachtung der Aktivitätenmenge folgt eine Beschreibung des Verhandlungsgeschehens in einem dieser dreizehn Arbeitsbereiche. Mit Blick auf die Aktivitätenverteilung des BAÄK im Zeitverlauf und das Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden vor und nach der Organisationsreform werden Merkmale des Verhandlungsgeschehens im BAÄK für die Zeit nach der Organisationsreform zusammengetragen. Inwiefern diese Merkmale auf die Organisationsreform von 1992 zurückzuführen sind, kann erst am Ende der Arbeit beantwortet werden.

Im Kapitel 7 wird der institutionelle Kontext der Krankenkassen im BAÄK beschrieben. Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Kapiteln läutet dieses Kapitel die oben als zentral für diese Arbeit angekündigte Wirkungsanalyse ein. Gemäß des in Kapitel 4 entwickelten Untersuchungsleitfadens ist es der institutionelle Kontext, der die Verhandlungssituation der Bundesverbände der Wahlkassen im BAÄK definiert. Das heißt, es ist der situative Kontext der Bundesverbände, der die Palette der zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen eingrenzt. Da die Organisationsreform den institutionellen Kontext der Bundesverbände betrifft, wird in diesem Kapitel die Situation der Krankenkassenvertreter im BAÄK beschrieben, so wie sie sich vor der Organisationsreform darstellte.

Im darauffolgenden Kapitel 8 startet die Wirkungsanalyse der Organisationsreform dann wirklich. Auf der Suche nach der Auswirkung der Organisationsreform auf die Bundesverbandsebene der Krankenkassen wird in diesem Kapitel die Korporatismus-theoretische Stellschraube der Organisationsreform thematisiert. Ausgehend von dem Analyseinstrumentarium der sogenannten Mitgliedschaftslogik und der Einflusslogik von Philippe C. Schmitter und Wolfgang Streeck wird für die Organisationsreform angenommen, dass durch sie die innerverbandliche Mitgliedschaftslogik gestärkt wird. Zentrales Argument ist, dass der Gesetzgeber den Bundesverbänden der Wahlkassen mit der Organisationsreform die Zwangsmittel für die unterste Organisationsstufe gestrichen hat. Durch den Entzug der Zwangsmittel wurden vermutlich erstmalig mitgliedschaftslogische Kalküle für die Interessenfindungsprozesse der betroffenen Bundesverbände relevant.

Gemäß der theoretisch angenommenen Stärkung der mitgliedschaftslogisch orientierten Interessen der Bundesverbände der Wahlkassen wird die Wirkungsanalyse in Kapitel 9 fortgesetzt. Welche Interessen die Mitgliedschaftskassen unter den neuen Wettbewerbsbedingungen haben und wie sich diese Interessen auf die Interessenvertretung der Wahlkassen im BAÄK niederschlagen dürften, wird mit Blick auf ihre Wettbewerbssituation beantwortet. Zentral für die Einschätzung der Wettbewerbssituation der Mitgliedschaftskassen sind die tatsächlich

vorliegenden Regulierungseffekte des Risikostrukturausgleichs und die Wechselbewegungen und Wechselmotive der GKV-Versicherten.

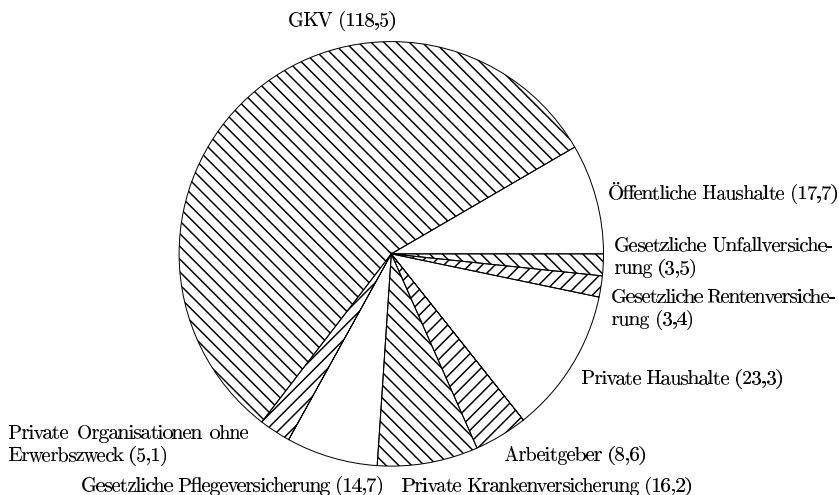
Ob die im vorigen Kapitel abgeleiteten mitgliedschaftslogischen Ansprüche auf die Bundesverbandsinteressen durchschlagen, ist Gegenstand der empirischen Überprüfung in Kapitel 10. Die empirische Analyse der Verbandsinteressen erfolgt durch eine quantitative Inhaltsanalyse von Artikeln in den drei einschlägigen Verbandspublikationen der drei Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen. Das entscheidende Argument für dieses Verfahren ist, dass sich die wegen der Organisationsreform geänderten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen im Schreibprozess der entsprechenden Verbandsfunktionäre niederschlagen müssten. Da die wettbewerbliche Ausgangssituation der Mitgliedskassen der Bundesverbände der Ersatzkassen und der IKK sehr ähnlich ist, werden die Ergebnisse, die für die Bundesverbandsebene der Ersatzkassen erzielt werden, auf den Bundesverband der IKK übertragen. Gegenstand der Auswertung sind die Bundesverbandsinteressen vor und nach der Organisationsreform sowie die Unterschiede zwischen den Interessen der drei Bundesverbände. Am Ende des Kapitels werden die Ergebnisse der Inhaltsanalyse zusammengefasst und es wird mit Blick auf die bundesverbandsspezifischen Hypothesen ein Fazit gezogen.

Zum Abschluss der Wirkungsanalyse werden die mit der Inhaltsanalyse bestätigten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK, IKK und Ersatzkassen in eine Präferenzordnung der Krankenkassenseite überführt. Zusammen mit einer angenommenen Präferenzordnung für die Leistungserbringerseite wird in Kapitel 11 die Präferenzordnung der Krankenkassen in eine 2×2 -Spielmatrix eingetragen. Mit Hilfe einer solchen Spielmatrix wird die Verhandlungssituation im BAÄK vor und nach der Organisationsreform dargestellt. Der BAÄK wird als ein Ausgestaltungsspiel von Leistungskatalogvarianten definiert, die am Ende einer unbestimmten Reihe von Einzelverhandlungen stehen. In diesem Ausgestaltungsspiel stehen sich die Krankenkassen und die Leistungserbringer als ein Block mit homogenen Interessen gegenüber, die in Abhängigkeit von ihrer Präferenzordnung zu Kooperation oder Nicht-Kooperation neigen. Welches Interaktionsergebnis in den Verhandlungssituationen vor und nach der Organisationsreform dominant ist, wird mit Blick auf die Lage des Nash-Gleichgewichts entschieden. Je nachdem ob das dominante Interaktionsergebnis auf eine stärkere Betonung der Wirtschaftlichkeit im BAÄK schließen lässt, wird die Organisationsreform als Steuerungserfolg oder Steuerungsmisserfolg bewertet. Mit der entsprechenden Einordnung der Merkmale des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung

ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden im BAÄK findet die Arbeit ihren Abschluss.

Die Ergebnisse der Wirkungsanalyse der Organisationsreform werden am Ende der Arbeit in Kapitel 12 zusammengefasst und resümiert. Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt mit Blick auf die inhaltliche Zweiteilung der Wirkungsanalyse: Wie hat sich die Organisationsreform auf die Bundesverbände der Wahlklassen ausgewirkt und wie sind diese Interessen wiederum auf den BAÄK durchgeschlagen?

Abbildung 1: Ausgaben für Gesundheit 1998 nach Ausgabenträgern in Mrd. €



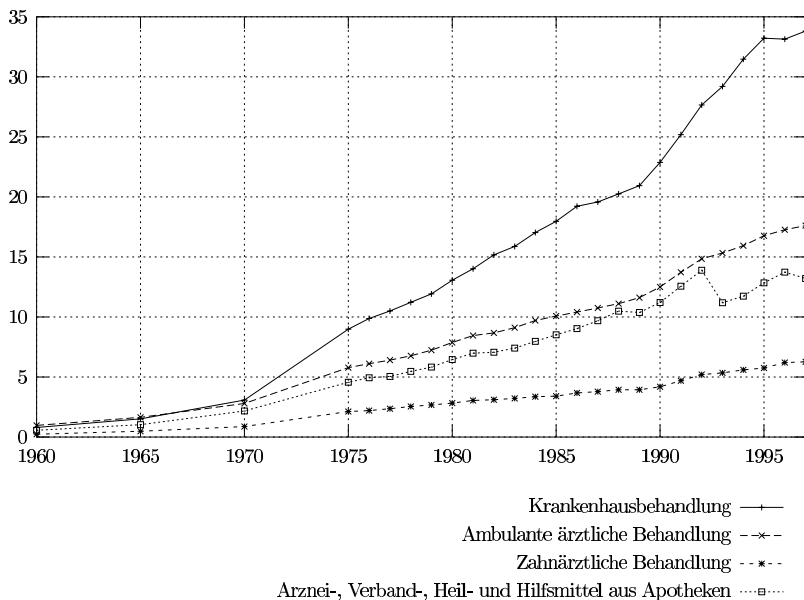
Quelle: [Stat. BA, 190]

2 Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Der mit Abstand größte Ausgabenträger der bundesdeutschen Gesundheitsausgaben ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Verteilung der Ausgaben ist nach Ausgabenträgern für das Jahr 1998 in Abbildung 1 exemplarisch dargestellt. Bei der GKV handelt es sich um eine Versicherung gegen Risiken, die durch Krankheit und vorübergehende krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entstehen.

Die GKV wurde mit dem Gesetz »betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter« vom 15.06.1883 ins Leben gerufen und war damit gleichzeitig der erste Schritt der sogenannten Bismarckschen Sozialgesetzgebung. Neben Leistungsausweitungen fanden seitdem sukzessive Personenkreiserweiterungen statt. 1911 waren es gerade einmal 18 Prozent der Bevölkerung des Deutschen Reiches. Inzwischen sind rund 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung in der GKV versichert. [BMGS a, 113/117]

Abbildung 2: Ausgabenentwicklung von 1960 bis 1997 der anteilig größten Leistungsbereiche der GKV in Mrd. €²



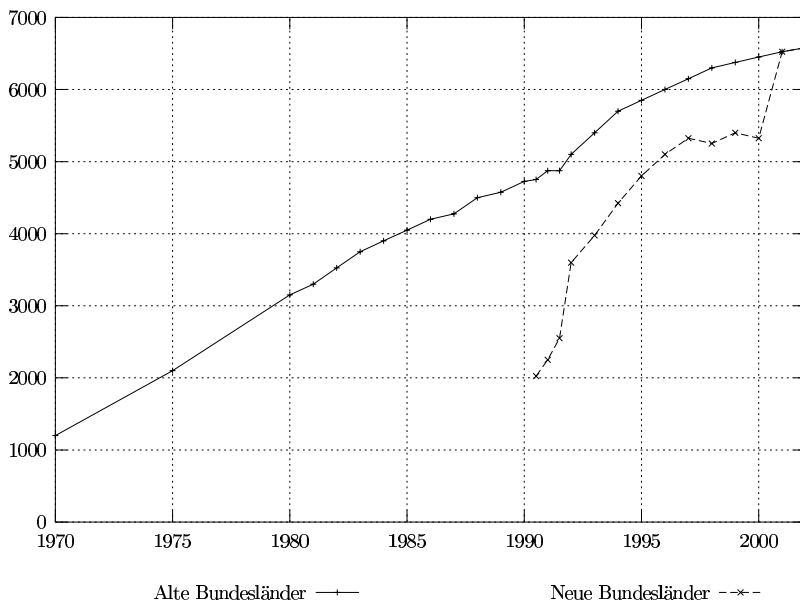
Quelle: [DB c, 34f.] [DB b, 44ff.]

Die Aufgaben der GKV in der heutigen Zeit erstrecken sich auf die Organisation und Finanzierung von Prävention, Rehabilitation, ambulanter Versorgung, zahnmedizinischer Versorgung, stationärer Versorgung, psychiatrischer Versorgung und Arzneimittelversorgung für ihren Versichertenkreis. [SGB V] Die Versicherten erhalten die im Rahmen dieser Aufgaben anfallenden Leistungen nach dem Sach- und Dienstleistungsprinzip. [SGB V, § 2 (2)] Die Erfüllung dieser Aufgaben ist seit Ende der 1970er Jahre immer kostspieliger geworden. In Abbildung 2 ist die Ausgabenentwicklung seit 1960 für die anteilig größten Leistungsbereiche dargestellt. Die Richtung der Ausgabenentwicklung wird im wissenschaftlichen und politischen Diskurs häufig mit dem Begriff »Kostenexplosion« umschrieben.³

²Aus Vergleichsgründen nur Alte Bundesländer.

³Gegenposition zur Diagnose »Kostenexplosion« im Beitrag über die Finanzierung der GKV von Hagen

Abbildung 3: Versicherungspflichtgrenzen in der GKV von 1970 bis 2002 in €



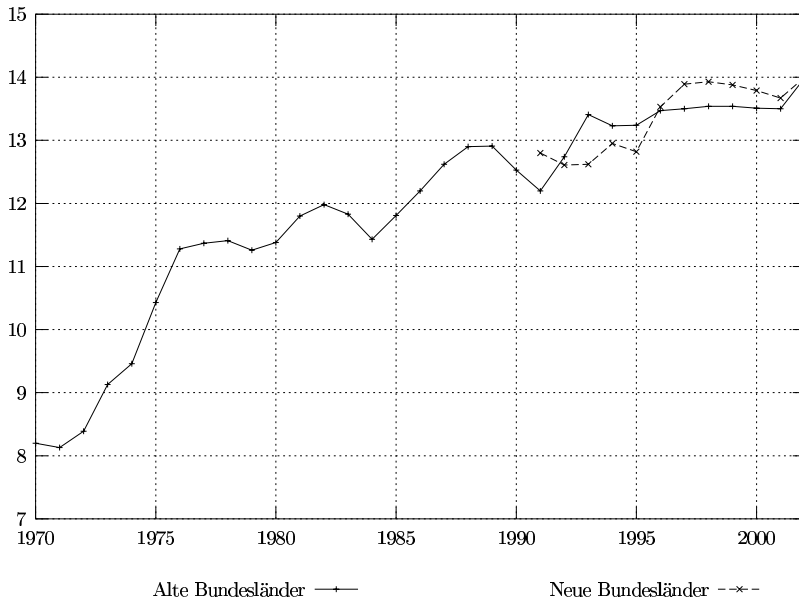
Quelle: [DB b, 33] [BMGS d]

Die finanziellen Mittel der GKV stammen nahezu ausschließlich aus den Beiträgen, die von dem versicherten Arbeitnehmeranteil der rund 90 Prozent in der GKV versicherten Bevölkerung und ihren Arbeitgebern entrichtet werden.⁴ In Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens des Arbeitnehmers bezahlen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils die Hälfte des GKV-Gesamtbeitrags des Arbeitnehmers. Die Bezugsgröße ist dabei das Bruttoarbeitseinkommen. Die Zahlung dieser Beiträge ist in den meisten Fällen

Kühn. [Kühn] Auf der Suche nach anderen Ursachen für die finanziellen Sorgen der GKV überprüft Hagen Kühn die Entwicklung des Anteils der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt und stellt fest, dass der Anteil konstant geblieben ist. Basierend hierauf wird geschlussfolgert, dass die finanzielle prekäre Lage der GKV keine Folge der Ausgabenentwicklung ist.

⁴Wegen des Übergewichts des Arbeitnehmeranteils in der Gruppe der GKV-Beitragszahler wurde von der Nennung anderer Beitragszahlergruppen abgesehen. Detaillierte Informationen finden sich hierzu im Buch von Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger [Rosenbrock/Gerlinger, 89f./92ff.]

Abbildung 4: Entwicklung der Beitragssätze der GKV von 1970 bis 2002 in %



Quelle: [DB b, S. 29] [AOK BV]

nicht freiwillig. Die meisten der in der GKV versicherten Arbeitnehmer sind sogenannte Pflichtversicherte. Im Jahr 2002 lag der Pflichtversichertenanteil bei 83 Prozent. [BMGS c, 31f.] Wer diesem Versicherungszwang unterliegt, wird mit Hilfe von sogenannten Versicherungspflichtgrenzen⁵ geregelt. Die Entwicklung der Versicherungspflichtgrenzen ist in Abbildung 3 für den Zeitraum zwischen 1970 und 2002 dargestellt. Anhand dieser gesetzlich festgesetzten Grenzwerte wird zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Arbeitnehmern unterschieden. Während Pflichtversicherte zwangsweise in der GKV krankenversichert sind, können sich freiwillig Versicherte auch außerhalb der GKV krankenversichern. Darüber hinaus steht freiwillig Versicherten die Entscheidung frei, ob sie sich überhaupt versichern möchten. Da die Krankenkassen der GKV nach dem Umlageverfahren

⁵Die Versicherungspflichtgrenze war bis 2003 gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt die Höchstgrenze der einkommenproportionalen Beitragsaufbringung.

arbeiten und entsprechend nur geringe Rücklagen bilden dürfen [SGB V, § 261], schlägt eine schnell wachsende Ausgabenentwicklung der GKV relativ schnell auf die Beitragssätze der Versicherten durch. In welchem Ausmaß die Beitragssätze seit 1970 gestiegen sind, ist in Abbildung 4 dargestellt. Angesichts der Entwicklung der Ausgaben der GKV und der hauptsächlich von den versicherten Arbeitnehmern und deren Arbeitgebern getragenen Hauptlast der Finanzierung dieser Ausgaben besteht politischer Handlungsbedarf aus zweierlei Perspektiven: Einer wettbewerbsstaatlichen und einer wohlfahrtsstaatlichen Perspektive.

Mit der zunehmenden internationalen Verflechtung der Volkswirtschaften gewinnt die neoliberale — also die wettbewerbsstaatliche — Argumentation in der Politik zunehmend an Gewicht. [Czada/Zintl] Ihre Vertreter rechtfertigen ihre Position in aller Regel mit dem Hinweis, dass erstens die Güternachfrage grenzüberschreitend gedeckt werden kann und dass zweitens eine Verbesserung der nationalen Angebotsbedingungen die Position im internationalen Standortwettbewerb stärkt. Als beschäftigungspolitische Konsequenz wird in diesem Zusammenhang immer wieder die Senkung der Kosten des Faktors Arbeit angeführt. [Zercher et al., 144] Angesichts der Organisation der Finanzierung der GKV schlägt sich die Kostenexplosion direkt in einer Verteuerung des Faktors Arbeit nieder und erzeugt damit im Sinne einer neoliberal orientierten Politik gesundheitspolitischen Handlungsbedarf.

Neben dieser wettbewerbsstaatlichen Perspektive provoziert die Ausgabenentwicklung außerdem wohlfahrtsstaatlich orientierten Handlungsbedarf. Durch die Expansion der GKV-Ausgaben werden nämlich nicht nur die Beitragssätze der Versicherten in die Höhe getrieben. Es stellt sich auch die Frage, wie lange die gesamtgesellschaftlich verbindliche Regelung der Absicherung der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsbehandlung noch garantiert werden kann. Parallel zum Wachstum der Ausgaben in der GKV ist nämlich außerdem ein Rückgang von sogenannten normalen Beschäftigungsverhältnissen zu verzeichnen, die sich im Großen und Ganzen durch lebenslange Vollbeschäftigung auszeichnen. Gesicherte und gut bezahlte Beschäftigungsverhältnisse möglichst vieler GKV-Versicherten bilden das finanzielle Fundament der GKV.

Mit Blick auf die wettbewerbs- und wohlfahrtsstaatlich motivierten Handlungsbedarfe verwundert es nicht, dass die Politik seit Mitte der 1970er Jahre Anstrengungen unternimmt, der wachsenden Ausgabenentwicklung in der GKV adäquat zu begegnen. Unabhängig vom viel diskutierten Grund der wachsenden Ausgaben in der GKV: voranschreitende Alterung der Gesellschaft, zunehmende Lebenserwartung, kostenintensiver medizinischer Fortschritt

..., handelt es sich bei diesen Anstrengungen entweder um einnahmeseitig oder ausgabeseitig orientierte Maßnahmen.

Einnahmeseitig orientierte Überlegungen zielen üblicherweise auf eine mehr oder weniger starke Entkopplung des Faktors Arbeit von der Finanzierung der GKV ab. Beispiele solcher einnahmeseitig orientierten Reformüberlegungen sind die von der Rürup-Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen: Bürgerversicherung und Kopfpauschale.⁶ Im Vorfeld dieser seit 2003 auf einnahmeseitig orientierte Maßnahmen fokussierten Diskussion in der Gesundheitspolitik beherrschten ausgabeseitig orientierte Maßnahmen das gesundheitspolitische Tagesgeschäft. Ausgabeseitig orientierte Gesundheitspolitik hat Kostendämpfung zum Ziel.

Neben diversen Budgetierungsmaßnahmen gehört die Einführung von reguliertem Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen der GKV zu dem Bündel von ausgabeseitig orientierten Maßnahmen. Die Einführung von reguliertem Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen war zentraler Bestandteil des sogenannten Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992. Dieses Gesetz war von Horst Seehofer initiiert und wurde mit Hilfe einer großen Sachkoalition zwischen CDU und SPD auf den Weg gebracht.⁷ Im Rahmen der Amtlichen Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz wurde die Maßnahme der Einführung von reguliertem Wettbewerb auf Krankenkassenseite als »Organisationsreform« etikettiert. [Schmidbauer, 194f.]

Mit Blick auf die Gesamtheit aller ausgabeseitig orientierten Reformbestrebungen der letzten drei Jahrzehnte kommt der Organisationsreform eine Sonderrolle zu. Gegenstand der Organisationsreform war nämlich nicht der für ausgabeseitig orientierte Reformen übliche Direktangriff auf die Ausgaben in der GKV. Mit der Organisationsreform sollten vielmehr Handlungskalküle der Krankenkassen gegen die zunehmend wachsenden Kosten in der GKV mobilisiert werden. [Rosenbrock/Gerlinger, 237]

Das mit der Organisationsreform anvisierte Ziel des Gesetzgebers war Kostendämpfung bei gleichzeitiger Wahrung des Qualitätsniveaus der GKV. Das Qualitätsniveau des bundesdeutschen Gesundheitswesens wird im Allgemeinen als sehr hoch eingestuft⁸ und soll

⁶Im Beitrag von Franz U. Pappi und Susumu Shikano über gesundheitspolitische Präferenzen der deutschen Wählerschaft finden sich detailliertere Ausführungen zur möglichen Ausgestaltung solcher Maßnahmen und deren Variationen. [Pappi/Shikano]

⁷Ausführliche Informationen zur Entstehungsgeschichte des Gesundheitsstrukturgesetzes finden sich im Buch von Christiane Perschke-Hartmann. [Perschke-Hartmann]

⁸Als Indikator für das Qualitätsniveau wird häufig die Ärztedichte eines Landes herangezogen. [Stat. BA, 194] Mit Blick auf die gemessene Ärztedichte im internationalen Vergleich von 21 Ländern wie beispielsweise den USA, Frankreich, Schweiz, Norwegen, Australien, Japan, ... erreicht die Bundesrepublik Deutschland den vierten Platz. [Alber/Bernardi-Sch., 114]

gemäß politischer Absichtserklärungen auch erhalten bleiben. Um trotzdem Kostendämpfung zu erreichen, wurde die gesetzlich fixierte Zwangszuweisung von Pflichtversicherten zu einer Krankenkasse durch die sogenannte Krankenkassenwahlfreiheit ersetzt und der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Die Implementierung auf operativer Ebene erfolgte sukzessive.

Die Krankenkassenwahlfreiheit ist in den Paragraphen 173 bis 175 des SGB V geregelt. [SGB V]

Vor der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit wurde der Anteil der Pflichtversicherten in der GKV mittels Zwangszuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse zugewiesen. Das heißt, in den Betriebskrankenkassen (BKK) wurden die versicherungspflichtigen Beschäftigten der Betriebe automatisch versichert. Den Innungskrankenkassen (IKK) wurden die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer der Betriebe der Handwerksinnungen zugewiesen. In den landwirtschaftlichen Krankenkassen wurden Landwirte krankenversichert und die Seekrankenkasse und Bundesknappschaft versicherten automatisch pflichtversicherte Beschäftigte auf Seeschiffen und bei Bergbaubetrieben. Den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) wurden alle übrigen Pflichtversicherten zugewiesen, für die keine spezielle Krankenkasse in der GKV bestand. Außerdem unterlagen alle Zuweisungen von Pflichtversicherten dem Diktat der räumlichen Nähe. Im Gegensatz zu den bisher genannten Kassenarten, versicherten die Ersatzkassen vor dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 keine Pflichtversicherten. [SGB V, § 168, inzwischen geändert]

Diese Form der Versichertenzuweisung wurde für die Kassenarten mit dem größten Versichertenanteil: die AOK, die BKK, die IKK, die Ersatzkassen, im Rahmen der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit sukzessive aufgehoben. Seit dem ersten Januar 1996 dürfen alle pflichtversicherten Neumitglieder der GKV und seit dem ersten Januar 1997 dürfen zudem auch alle anderen Pflichtversicherten zwischen den Krankenkassen dieser vier Kassenarten wählen. Die Ausübung der Krankenkassenwahlfreiheit unterliegt, wie auch bereits vor ihrer Einführung, dem Diktat der räumlichen Nähe, jedoch in einer sehr viel schwächeren Form. Ob sich die Krankenkassenwahlfreiheit bundesweit erstreckt, können die einzelnen Mitgliedskassen der Wahlkassenarten selbst bestimmen. Außerdem ist die Entscheidung der Mitgliedskassen der Betriebs- und Innungskassenart fakultativ, ob sie sich zur Wahl stellen. Ist die Entscheidung allerdings einmal gefallen, können auch diese Kassenarten nicht mehr zurück. Die Erstentscheidung obliegt den einzelnen Mitgliedskassen und ist in ihren Satzungen geregelt. Das diese Entscheidungsfreiheit dieser zwei Kassenarten meist zugun-

sten einer Öffnung der einzelnen Krankenkasse ausfällt, zeigen die knapp neunzig Prozent geöffneten BKK im Jahr 2003. [Burger et al., 9]

Da bereits im Vorhinein ausgeschlossen wurde, dass durch die Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit ein gesichertes freies Fließen »guter« und »schlechter« Risiken, wie etwa in der Thermodynamik, zu einer Gleichverteilung zwischen allen Kassenarten führt, wurde mit Januar 1995 der RSA eingeführt.⁹

Mit Hilfe des RSA soll die Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gesichert werden. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus der vom Gesetzgeber angestrebten Gleichzeitigkeit von Solidarität und Wettbewerb in der GKV. Ohne RSA würde das bis zur Umsetzung der Organisationsreform dominierende und politisch nach wie vor gewollte Solidaritätsprinzip ins Wanken geraten. Die Idee des Solidaritätsprinzips ist, dass jeder GKV-Versicherte im Krankheitsfall Leistungen nach dem Maße seiner gesundheitlichen Bedürfnisse erhält und diese Leistungen nach dem Maße seiner wirtschaftlichen Leistungskraft (mit)finanziert. Simulationen der Wettbewerbsergebnisse bei Krankenkassenwahlfreiheit ohne RSA prognostizierten im Vorfeld der Organisationsreform eine dysfunktionale Verlagerung der Krankenkassenaktivitäten auf Risikoselektion, eine solidaritätsgefährdende Mitgliederwanderung und eine Ausdünnung der Kassenlandschaft. Letztgenanntes würde in der Hauptsache solche Krankenkassen betreffen, die nicht unwirtschaftlich im Sinne der Intention des Gesetzgebers gehandelt haben. [Jacobs et al., 23]

In welcher Form der RSA geregelt werden soll, ist in Paragraph 266 des SGB V spezifiziert. [SGB V]

Der RSA sieht vor, dass die Krankenkassen mit einer Versichertenstruktur, die statistisch gesehen hohe Kosten und niedrige Einnahmen bewirken, einen entsprechenden Ausgleich von Krankenkassen mit einer billigeren Versichertenstruktur erhalten. Parallel soll jedoch genug Platz für Leistungswettbewerb bleiben. Ausgeglichen werden mittels RSA derzeit die Risikofaktoren: Einkommen, Alter, Geschlecht und die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

⁹1994 wurden zwar auch schon Ausgleichszahlen vorgenommen, allerdings in einer sehr abgespeckten Form.

3 Präzisierung der erwarteten Wirkung von reguliertem Wettbewerb

Die Ausgestaltung der Organisationsreform mit der Einführung der Krankenkassenwahl-freiheit und dem Risikostrukturausgleich (RSA) ist eine gesundheitspolitische Maßnahme zur Etablierung eines regulierten Wettbewerbs auf Krankenkassenseite. Die Kombination beider Instrumente soll die Interessen der Krankenkassen an Kostendämpfung in der GKV wecken, ohne dass deren Interesse an einem hohen Qualitätsniveau der GKV darunter leidet.

Das der neoklassischen Gleichgewichtstheorie entlehnte Idealmodell »Managed Competiti-on« von Alain Enthoven [Enthoven, 75ff.]¹⁰ scheint die Idee für diese Vorgehensweise gelei-tet zu haben. Gemäß dem Idealmodell »Managed Competition« hat die Etablierung eines regulierten Wettbewerbs speziell im Gesundheitssektor das Potential sämtliche Ineffizienzen zu beseitigen und gleichzeitig die nötige Qualität zu wahren. Durch ausgewählte Anreize sollen die Akteure im Gesundheitswesen motiviert werden, sich ökonomisch effizient, wie auf einem Markt mit vollkommenem Wettbewerb zu verhalten, ohne die Risiken, die ein unregulierter Markt im Gesundheitsbereich mit sich bringen würde. Mit Blick auf den im Rahmen des Idealmodells »Managed Competition« angenommenen Wirkungsmechanismus werden im Folgenden die mit der Organisationsreform verknüpften gesundheitspolitischen Erwartungen des Gesetzgebers präzisiert.

Im Idealmodell »Managed Competition« sind vier Akteure im Gesundheitswesen vorge-sehen: der Sponsor, die Versicherungsträger, die Konsumenten und die Leistungsanbieter. Während die Aufgabe der Wettbewerbsregulierung dem sogenannten Sponsor zugeschrie-ben wird, wird das Verhältnis zwischen Versicherungsträgern, Konsumenten und Leistungs-anbietern im Großen und Ganzen durch reine Marktmechanismen bestimmt. Die Wettbe-werbsregulierung erfolgt im Rahmen eines sogenannten Risikoausgleichs.

Nach den Vorstellungen von Alain Enthoven wird der Risikoausgleich vom Sponsor vor-genommen. Der Sponsor soll den Versicherungsträgern vorgeschaltet sein und zieht die Beiträge der Konsumenten ein, die er dann entsprechend dem Risikoprofil der Klientel der einzelnen Versicherungsträger auf die einzelnen Versicherungsträger (um)verteilt. Dieser Risikoausgleich soll die auf einem unregulierten Markt für Gesundheitsleistungen drohen-de Risikoselektion durch die Versicherungsträger verhindern und den Wettbewerb zwischen

¹⁰Das von Alain Enthoven entworfene Modell »Managed Competition« wurde vor dem Hintergrund US-amerikanischer Verhältnisse konzipiert und für die US-amerikanische Regierung entworfen.

den Versicherungsträgern mit den Parametern Preis, Qualität und Leistungsumfang um die Konsumenten garantieren. Außerdem definiert der Sponsor einen für die Versicherungsträger verbindlichen Mindeststandard einer Krankenversicherung, versorgt die Konsumenten mit relevanten Informationen und kontrolliert die Einhaltung der Wettbewerbsregeln.

Dagegen bieten die Versicherungsträger ihre Krankenversicherungen auf einem Markt für Gesundheitsleistungen an und konkurrieren dort um Konsumenten. Die Beitragssätze sind für alle Versicherten eines einzelnen Versicherungsträgers gleich. Da sich die Konsumenten von Krankenversicherungen kostenbewusst verhalten und gleichzeitig an der Qualität ihrer eingekauften Gesundheitsversorgung interessiert sind, versuchen die Versicherungsträger mit Preisen, Qualität und Leistung ihrer angebotenen Krankenversicherungen zu überzeugen. Diese Überzeugung gelingt angesichts der Interessen der Konsumenten nur mit wirklich effizienten Beiträgen. Die Konsumenten können ihre Versicherungsträger jedes Jahr neu auswählen.

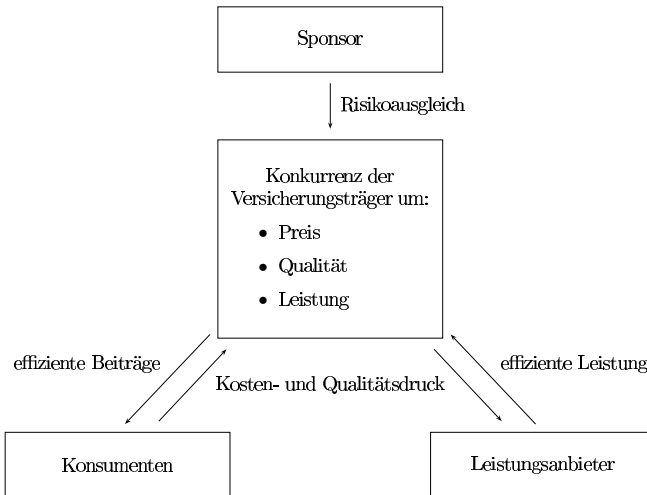
Dieser durch die Konsumenten an die Versicherungsträger herangetragenen Kosten- und Qualitätsdruck wird von den Versicherungsträgern an die Leistungsanbieter von Gesundheitsleistungen weitergegeben. Da die Leistungsanbieter ebenfalls auf einem Markt — dem Leistungsanbietermarkt — ihre Leistungen anbieten und hier ebenfalls mit anderen Anbietern konkurrieren, sind sie bemüht, ihre Leistungen möglichst effizient zu gestalten. Das Ziel der Leistungsanbieter ist es die Versicherungsträger mit Preisen zu einem Kauf ihrer angebotenen Leistungen zu überzeugen.

Angesichts der durch den Risikoausgleich erreichten Austarierung der schlechten mit den guten Risikostrukturen eines Versicherungsträgers, den an effizienten Beiträgen interessierten Versicherungsträgern und den an effizienten Leistungen interessierten Leistungsanbietern sollten mit diesem Wirkungsmechanismus sämtliche Ineffizienzen im Gesundheitswesen beseitigt werden können, ohne dass die nötige Qualität im Gesundheitswesen darunter leidet. Der im Rahmen des Idealmodells »Managed Competition« angenommene Wirkungsmechanismus ist im Wesentlichen in Abbildung 5 dargestellt.

Bis auf das von Alain Enthoven im Rahmen seines Idealmodells »Managed Competition« [Enthoven, 75ff.] anvisierte Beziehungsmuster zwischen Leistungsanbieter- und Versicherungsträgerseite finden sich alle Elemente, die den Wirkungsmechanismus seines Modells in der Hauptsache ausmachen, im bundesdeutschen Realmodell wieder.

Das Bundesversicherungsamt unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit übernimmt die zentrale Aufgabe des Sponsors: die Wettbewerbsregulierung durch einen Risikoausgleich zwischen den Versicherungsträgern. Wie im Idealmodell vorgeschlagen, ist das

Abbildung 5: Wirkungsmechanismus: Idealmodell »Managed Competition«



Bundesversicherungsamt den Versicherungsträgern, die im bundesdeutschen Realmodell die gesetzlichen Krankenkassen sind, vorgeschaltet und führt den Risiko(struktur)ausgleich durch. [SGB V, § 266 Abs. 6, 7] Einzige den Risikoausgleich betreffende Abweichung des Realmodells ist die konkrete Umsetzung des RSA. Während im Idealmodell erst alle Beiträge an den Sponsor gezahlt werden, die der Sponsor dann an alle Versicherungsträger verteilt, werden im Realmodell die Ausgleichszahlungen direkt zwischen den einzelnen Krankenkassen abgewickelt. Diese Abweichung in der Umsetzung des RSA dürfte jedoch keine Auswirkung auf seine angedachte Wirkung haben.

Auch die im Idealmodell angedachte Rolle für die Versicherungsträger scheint im Großen und Ganzen mit der Rolle der Krankenkassen im Realmodell konform zu gehen. Zwar betrifft der Wettbewerb im Realmodell nicht alle Krankenkassen, allerdings steht der Annahme zunächst nichts im Wege, dass die betroffenen Krankenkassen miteinander um Konsumenten — also Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte — konkurrieren, welche wiederum durch ihr kosten- und qualitätsbewusstes Verhalten die Krankenkassen dazu veranlassen, mit möglichst effizienten Beiträgen überzeugen zu wollen. Wie im Idealmodell gelten für alle Versicherten einer Krankenkasse die gleichen Beitragssätze und die Versi-

cherten einer Krankenkasse dürfen in einem bestimmten Turnus ihre Krankenkasse immer wieder neu wählen.

Das Einzige, was mit Blick auf den kompletten Wirkungsmechanismus des Idealmodells »Managed Competition« im bundesdeutschen Realmodell fehlt, ist der Leistungsanbietermarkt«. Auf dem sich die Krankenkassen und die Leistungserbringer treffen und auf dem die Krankenkassen den Leistungserbringern ihren am ‚eigenen Leib‘ erlebten Kosten- und Qualitätsdruck weitergeben können. So dass auch die Leistungserbringer zur Vermeidung sämtlicher Ineffizienzen in ihrer Leistungserbringung motiviert sind.

Im bundesdeutschen Realmodell wird die Leistungserbringung im ambulanten sowie im stationären Bereich für GKV-Versicherte im Rahmen von darauf spezialisierten Kollektivverhandlungsgremien der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer organisiert. In der Terminologie der sozialwissenschaftlichen Politikforschung handelt es sich hierbei um korporatistische Arrangements. Mit Blick auf die Aussparung der Einführung eines Leistungsanbietermarktes und dem gleichzeitig beobachtbaren Bedeutungszuwachs korporatistischer Leistungsregulierung in der GKV [Döhler/Manow-B., Wigge b, Urban] soll der durch die Organisationsreform erzeugte Kosten- und Qualitätsdruck auf Krankenkassenseite auf die korporatistischen Gremien durchschlagen und dort an die Leistungserbringerseite weitergegeben werden. Zumindest dann, wenn es sich bei der Organisationsreform um einen Steuerungserfolg handeln sollte.

Passend dazu wurde die Organisationsreform in der einschlägigen sozialwissenschaftlichen Literatur zum Zeitpunkt ihrer Einführung einhellig als Versuch des Gesetzgebers interpretiert, Einfluss auf das Verhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer im bundesdeutschen Gesundheitswesen zu nehmen. [Döhler/Manow-B., Blanke, Perschke-Hartmann, Döhler/Manow]

So heißt es beispielsweise bei Bernhard Blanke sinngemäß: Es galt die vorhandene, historisch sukzessiv ausgebaute „Janusköpfigkeit des Selbstverwaltungsprinzips“ [Lamping, 89] im Sinne von Recht zur autonomen Selbstverwaltung und Pflicht zur Erfüllung des durch den Staat zu realisierenden Gemeinwohls zugunsten gesellschaftlicher Gesamtinteressen neu zu ordnen. Christiane Perschke-Hartmann schreibt: „Alte, verkrustete Besitzstände der Verbände sollten aufgebrochen und neu verteilt werden, denn die permanent auftretenden Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden auf schiefelastige Verhandlungskonstellationen zurückgeführt.“ [Perschke-Hartmann, 277] Auch der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) beanstandete im Vorfeld der Organisationsreform eine mangelnde Umsetzung wichtiger Regelungen für die Bei-

tragssatzsenkung durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern. [DB c, 3] So waren die Krankenkassen zum Beispiel nicht gewillt ihren Vorteil durch die im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes von 1988 implementierte »Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung« [SGB V, § 106] auszunutzen. Die Ursache dafür wurde unter anderen von Christiane Perschke-Hartmann den Interessen der Krankenkassen an der Wahrung der bisher gepflegten Beziehungen zu, in diesem speziellen Fall, den Leistungserbringern im ambulanten Sektor zugeschrieben. Die Ausnutzung der gesetzlich neu erworbenen Kompetenzen hätte den Widerstand der Ärzteschaft, so die Vermutung, und damit den Bruch der bisherigen Beziehungen zur Folge gehabt. Nur dort, wo die stabilen einvernehmlichen Beziehungen bereits aufgekündigt waren, zeigten sich die Krankenkassen willig, neue Beziehungsmuster auszuprobieren. [Perschke-Hartmann, 254ff.]

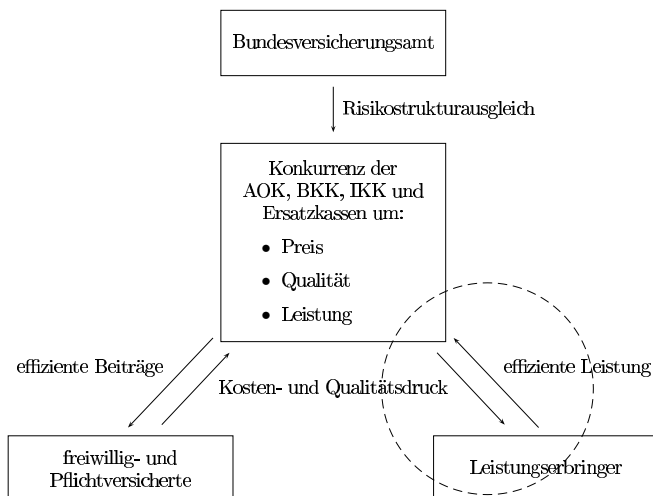
4 Verortung der Fragestellung und Entwicklung eines Untersuchungsleitfadens

Mit Blick auf die in Kapitel 3 beschriebene korporatistische Abweichung des bundesdeutschen Realmodells vom Enthovenschen Idealmodell soll die Überprüfung der Wirkung der Organisationsreform auf die korporatistischen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer Gegenstand der folgenden Untersuchung sein. Es soll überprüft werden, inwiefern mit der Organisationsreform über das Interesse an Qualität hinaus auch das Interesse an Kostendämpfung — also Wirtschaftlichkeit — auf Seiten der Krankenkassen geweckt wird und daran anknüpfend soll untersucht werden, ob die Krankenkassen ihre vermeintlich neu justierten Interessen in den korporatistischen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung durchsetzen können.

Zum Zweck der anschaulichen Verortung der korporatistischen Abweichung des Realmodells vom rein wettbewerbstheoretischen Idealmodell ist der davon betroffene Bereich in Abbildung 6 durch die Umrandung mit einer gestrichelten Linie kenntlich gemacht. Neben der Verortung der Fragestellung innerhalb der Gesamtkonzeption der Organisationsreform sind außerdem die realen Bezeichnungen der im bundesdeutschen Realmodell tatsächlich agierenden Akteure eingetragen.

Da die Funktionsweise korporatistischer Arrangements in den Kompetenzbereich der sozialwissenschaftlichen Politikforschung hineinfällt [Schmitter/Streeck, Offe, Streeck c, ...], wird in der vorliegenden Arbeit versucht, die tatsächliche Wirkung der Organisationsreform auf die korporatistischen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Mitteln

Abbildung 6: Verortung der Fragestellung in der Gesamtkonzeption der Organisationsreform



der sozialwissenschaftlichen Politikforschung zu überprüfen. Mit dem Ziel einer fundierten Einschätzung, ob der gesundheitspolitische Steuerungsversuch »Organisationsreform« als Erfolg oder als Misserfolg zu bewerten ist, wird im Folgenden ein Untersuchungsleitfaden entwickelt.

Wenn es um die Erklärung von Systemverhalten geht — in der vorliegenden Arbeit geht es um das Systemverhalten des Verhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer im bundesdeutschen Gesundheitswesen — werden üblicherweise die Prozesse untersucht, die innerhalb des Systems ablaufen. Diese Vorgehensweise hat unter anderem [Coleman, 3ff.] den Vorteil, dass damit dem Umstand Rechnung getragen werden kann, dass die Organisationsreform auf der Ebene der korporativen Akteure — nämlich den Krankenkassen — ansetzt.

Eine vor allem aus der Soziologie bekannte Grundstruktur von Erklärungen ist am anschaulichsten mit der sogenannten »Colemanschen Badewanne« illustriert. [Coleman, Kap. 1] [Esser, 98] Dieses Modell steht in der Tradition der erklärend-verstehenden Soziologie nach Max Weber und bietet eine wegweisende Kernstruktur (Metatheorie) zur Analyse einer Makro-Mikro-Makro Verbindung. Ausgangspunkt ist gewöhnlich eine Behauptung auf der

Abbildung 7: Steuerungsintention des Gesetzgebers auf der Ebene des Kollektivverhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer



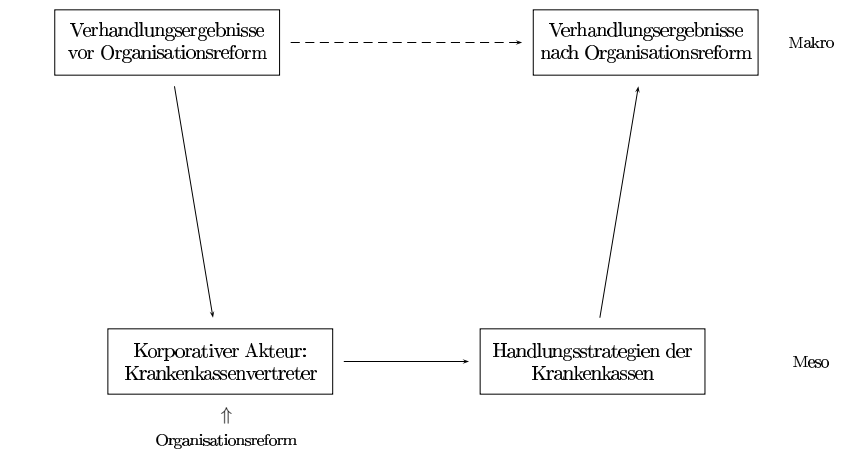
Makroebene, das heißt auf der Systemebene, von der aus die Einheiten unterhalb der Systemebene identifiziert werden und durch die Analyse des Verhaltens seiner Bestandteile das Verhalten des Systems erklärt werden kann. Im prototypischen Fall sind die Bestandteile Individuen.

Ausgangspunkt ist hier dementsprechend die Behauptung auf der Systemebene, dass in den leistungsregulierenden Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer vor der Organisationsreform neben dem Interesse an Qualität kein Interesse an Wirtschaftlichkeit der zur Verhandlung stehenden Leistungen bestand und dass durch die Organisationsreform diesem, aus Sicht der Politik, bestehenden Defizit entgegengewirkt wird. Diese von der Politik auf der Makroebene anvisierte Wirkung der Organisationsreform ist in Abbildung 7 dargestellt. Der in nahezu allen gesundheitspolitischen Reformpapieren der unterschiedlichsten politischen Akteure zu findende politische Slogan hierzu lautet: »Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen«.¹¹

In dem auf Systemebene gefragten Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung treffen sich Vertreter der Leistungserbringerseite und Vertreter der Krankenkassenseite. Es handelt sich hierbei nicht um Akteure auf der Individualebene, sondern um Akteure auf der sogenannten Mesoebene. Auf der Mikroebene und auf der Mesoebene sind unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten an der Erzeugung von Effekten auf der Makroebene beteiligt: Im Gegensatz zur Mikroebene, auf der Makroeffekte durch massenhaftes, unkoordiniertes und möglicherweise interdependentes Individualverhalten erzeugt werden, werden auf der Mesoebene Makroeffekte durch strategisches Handeln und die Interaktion korporativer und kollektiver Akteure erzeugt. [Mayntz a, 13]

¹¹Seinen Ursprung hat dieser Slogan im Jahr 1977, als die »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« ins Leben gerufen wurde, deren vollständiger Name: »Konzertierte Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen«, war. Siehe Fußnote 13.

Abbildung 8: Kernstruktur der vorliegenden Untersuchung



Mit Blick auf das Steuerungsobjekt der Organisationsreform »die Krankenkassen« stellt die vorliegende Arbeit die Wirkung der Organisationsreform auf das strategische Handeln der Krankenkassenvertreter in den leistungsregulierenden Verhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung in das Zentrum ihrer Aufmerksamkeit. Auf die Leistungserbringer als die Verhandlungspartner der Krankenkassen in diesem Verhandlungssystem wird nur sporadisch eingegangen. Entsprechend dieser Akteurszentrierung und der Grundstruktur für eine erklärende Analyse einer Makro-Mikro-Makro Verbindung ist die Kernstruktur der vorliegenden Untersuchung in Abbildung 8 dargestellt.

Die drei durchgezogenen Pfeile stehen für drei Schritte der Erklärung eines Makrophänomens. Hartmut Esser verwendet folgende griffige Terminologie zur Verdeutlichung dieser drei Erklärungsschritte: die Logik der Situation, die Logik der Selektion und die Logik der Aggregation. [Esser, 98]

Die Logik der Situation verbindet die Makro- mit der Mikroebene beziehungsweise im vorliegenden Fall mit der Mesoebene und beschäftigt sich mit der Definition der Situation durch den Akteur. Die Definition der Situation bildet den Rahmen, der die Handlung, die im nächsten Schritt thematisiert wird, des Akteurs nachhaltig beeinflusst. Entsprechend ist der nächste Schritt zur Erklärung von Systemverhalten die Logik der Selektion. Mit

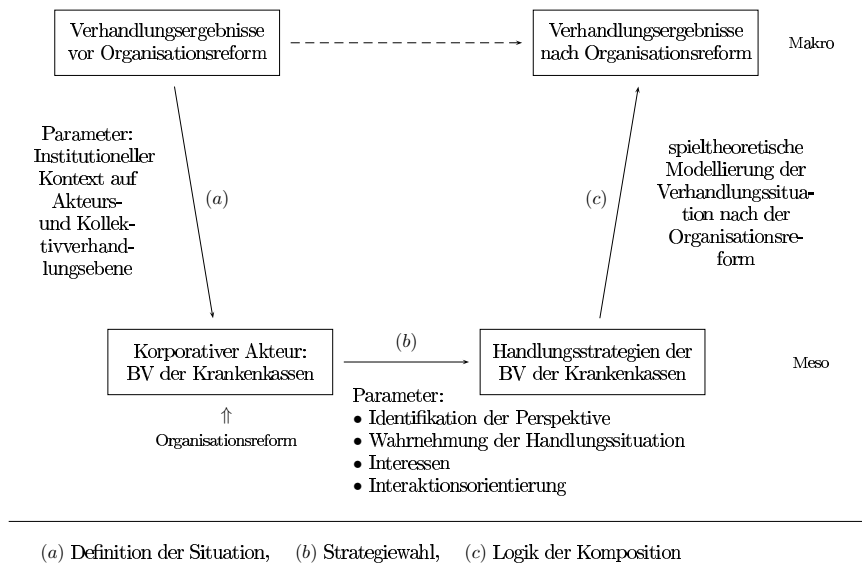
diesem Schritt werden die Kriterien, nach denen der Akteur seine Handlungsalternativen einschätzt und wählt, thematisiert. Die aggregierende Transformation von der Mikro- oder der Mesoebene auf die Makroebene ist mit der sogenannten Logik der Aggregation etikettiert.

Mit dem Ziel der inhaltlichen Konkretisierung dieser drei Schritte wird der für die in der vorliegenden Arbeit verfolgten Fragestellung maßgeschneiderte Ansatz des »Akteurzentrierten Institutionalismus« von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf [Mayntz/Scharpf, Scharpf a] herangezogen.

Der Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus bietet eine Forschungsheuristik, die speziell für steuerungstheoretische Fragestellungen entwickelt wurde, deren Ausgangspunkt die Gesetzgeberperspektive und deren Steuerungsobjekt außerdem ein staatsnaher Sektor ist. Die hier vorgeschlagene Vorgehensweise zur Beantwortung dieser Art von Fragestellungen kann den oben genannten drei Schritten einer Erklärung »Logik der Situation«, »Logik der Selektion« und »Logik der Aggregation« zugeordnet werden.

Gemäß dem Akteurzentrierten Institutionalismus wird der für die Definition der Situation entscheidende Parameter bei den institutionellen Regelsystemen verortet. Der institutionelle Kontext konstituiert und prägt den korporativen Akteur der Krankenkassen »die Bundesverbände« in wichtigen Merkmalen, indem er die Handlungsressourcen der Bundesverbände einschränkt. Für die Erklärung der Nutzung der faktisch verbleibenden Handlungsspielräume sollen die Perspektive, aus der die Handlungsoptionen erwogen wird, die kognitive Wahrnehmung der Handlungssituation, die Interessen und die Interaktionsorientierung der Bundesverbände der Krankenkassen identifiziert werden. Da ein Verhandlungsergebnis der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer nicht einem einzelnen korporativen Akteur zugeschrieben werden kann und es sich um ein Resultat von komplexen, aufeinander bezogenen Handlungen strategisch agierender Akteure handelt, handelt es sich bei dem Schritt von der Mesoebene auf die Makroebene weniger um die Logik der Aggregation, sondern eher um eine Logik der Komposition. Werkzeuge aus der mathematischen Spieltheorie bieten sich für die Erfassung des Übergangs von der Meso- zur Makroebene an. Mit Hilfe von Spielmatrizen können Verhandlungskonstellationen und daraus ableitbare Verhandlungsergebnisse abstrakt dargestellt werden. Potentielle Verhandlungsergebnisse können entsprechend der Erkenntnisse über die tatsächlichen Strategioptionen der Bundesverbände der Krankenkassen plausibel eingeschränkt und hinsichtlich der hier angestrebten Erklärung des Verhandlungsgeschehens im Rahmen

Abbildung 9: Untersuchungsleitfaden



der gemeinsamen Selbstverwaltung nach der Organisationsreform evaluierend eingeordnet werden.

Die in die Kernstruktur der Metatheorie einer Erklärung eingeordneten Vorschläge von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf zur Vorgehensweise bei der Beantwortung einer steuerungstheoretischen Frage, deren Ausgangspunkt die Gesetzgeberperspektive und deren Steuerungsobjekt ein staatsnaher Sektor ist, werden der folgenden Wirkungsanalyse als Untersuchungsleitfaden dienen. Dieser Leitfaden ist in Abbildung 9 dargestellt. In der Abbildung ist der Mehrebenencharakter der Fragestellung (Makro, Meso...), die mit der Organisationsreform betätigte Stellschraube (unten links) und die in Anlehnung an die von Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf im Rahmen ihres Ansatzes vorgeschlagene Vorgehensweise (a, b, c) erkennbar.

Aus forschungspraktischen Erwägungen wird vor der konkreten Abarbeitung der Arbeitsschritte (a), (b) und (c) ein Kollektivverhandlungsgremium herausgesucht, das sich als Stellvertreter für das leistungsregulierende Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen

Selbstverwaltung eignet. Außerdem wird vor der Wirkungsanalyse versucht, die Merkmale der dort angetroffenen Verhandlungsaktivitäten deskriptiv zu erfassen. Die Beschreibung der Verhandlungsaktivitäten in dem ausgewählten Kollektivverhandlungssystem soll helfen, ein Gefühl für das zur Debatte stehende Verhandlungsgeschehen zu bekommen.

5 Leistungsregulierende Expertengremien und Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes

Auf dem Stand des Jahres 2003 können vier zentrale leistungsregulierende Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer unterschieden werden: der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss.¹² In allen diesen Gremien treffen zu gleichen Teilen Vertreter der Verbände der Leistungserbringer- und der Krankenkassenseite und eine ungerade Zahl von Unparteiischen aufeinander. Die Anzahl der Unparteiischen ist immer drei und deutlich kleiner als die der Vertreter der Verbände. [AG KA]

Die Bundesausschüsse der Zahnärzte beziehungsweise Ärzte und Krankenkassen bestimmen im Rahmen ihrer allgemeinen Aufgabe der Prüfung von neuen und auch bereits anerkannten Leistungen im ambulanten Bereich den Inhalt des Leistungskataloges der GKV für diesen Bereich. Beide Ausschüsse besitzen normsetzende Richtlinienkompetenz. Damit ist die im Rahmen der Bundesausschüsse beschlossene Ausgestaltung des gesetzlichen Leistungskataloges für die Vertrags(zahn)ärzte im ambulanten Bereich verbindlich. [SGB V, § 92, 82 (1), 135]

Eine vergleichbare Aufgabe, nur für den stationären Bereich, wird vom Ausschuss Krankenhaus wahrgenommen. [SGB V, § 137c] Während die von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien als Folge der normsetzenden Richtlinienkompetenz [SGB V, § 82 (1)] automatisch in die Bundesmantelverträge aufgenommen werden, fehlt für die Entscheidungen des

¹²Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wurden diese Gremien zum 01.01.2004 in Gemeinsamer Bundesausschuss für vertragsärztliche Versorgung (BAÄK), Gemeinsamer Bundesausschuss für vertragszahnärztliche Versorgung (BAZÄK), Gemeinsamer Bundesausschuss für Krankenhausbehandlung (Ausschuss Krankenhaus) und Gemeinsamer Bundesausschuss für ärztliche Angelegenheiten (Koordinierungsausschuss) umbenannt. Neben dieser Umbenennungen erfuhren diese Gremien erneut Kompetenzerweiterungen. So wurde zum Beispiel durch den Gesetzgeber klargestellt, dass dem BAÄK die Aufgabe zufällt, eine Liste über verordnungsfähige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erstellen. Ferner wurden sie organisatorisch an ein sogenanntes »Plenum« angeschlossen, das für alle vier Gremien zum Beispiel die Verfahrensordnung einheitlich regelt.

Ausschusses Krankenhaus eine entsprechende Transformationsvorschrift. Ursache dürfte die Beteiligung der privatrechtlich organisierten Deutschen Krankenhausgesellschaft sein. [Wigge a, 581] Trotzdem gelten seine Entscheidungen als richtungsweisend.

Eine ebenfalls leistungsregulierende Aufgabe kommt dem Koordinierungsausschuss zu. Abgesehen von seiner Aufgabe der gemeinsamen Geschäftsführung aller bisher genannten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und Aufgaben, wie die Entwicklung von Leitlinien zur Einschätzung von zweckmäßiger und wirtschaftlicher Leistungserbringung im stationären sowie im ambulanten Bereich, beschäftigt sich der Koordinierungsausschuss mit sektorenübergreifenden Angelegenheiten der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen und des Ausschusses Krankenhaus. Wie die Richtlinienbeschlüsse der Bundesausschüsse sind auch die Leitlinienbeschlüsse des Koordinierungsausschusses für die Leistungserbringerseite und die Krankenkassen rechtsverbindlich. [SGB V, § 137e]

Alle die genannten Expertengremien sind nach dem gleichen korporatistischen Organisationsprinzip geformt. Dieses spezielle Organisationsprinzip nennt sich: Selbstorganisation im Schatten des Staates. [Scharpf a, 327ff.] [Urban, 8f.] Als strategisches Einfallstor ordnungspolitischer Umstrukturierungsmaßnahmen in Richtung der aktuell im bundesdeutschen Gesundheitswesen vorzufindenden korporatistischen Konzertierung gilt die inzwischen abgeschaffte »Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« (KAiG).¹³ [Döhler/Manow-B.] Im Konzertierungsfall »Selbstorganisation im Schatten des Staates« operieren die vom Gesetzgeber beauftragten Verbandsakteure auf der einen Seite mit weiten eigenen Entscheidungsspielräumen, deren Wahrnehmung auf der anderen Seite unter strikter Aufsicht des Staates geschieht.

Staatliches Ziel jedweder Korporatisierung ist es immer, die dem Gesetzgeber übertragene Pflicht der Gesellschaftssteuerung mit den zur Korporation vorgesehenen Verbänden zu teilen und dadurch das im Zuge zunehmender gesellschaftlicher Differenzierung entstehende Steuerungsdefizit zu kompensieren. [Vobruba, 40/43f.] [Scharpf b] Eine solche funktionalistische Intention hat zur Voraussetzung, dass den beauftragten Verbänden die entsprechende Befähigung zugesprochen wird und diese Verbände bereit sind, gesamtgesellschaftliche Interessen zu vertreten. Dass die betreffenden Verbände in ihren korporatistischen Expertengremien tatsächlich auch gesamtgesellschaftliche Interessen vertreten, wird durch einen von Seiten des Staates angebotenen Tauschhandel versucht zu erreichen. Das zentrale Tauschangebot, mit dem der Staat die Interessen der Verbände in Richtung gesamtgesellschaftliche Interessen zu lenken beabsichtigt, ist das Angebot der Übertragung

¹³Abgeschafft im Zuge des GMG von 2004.

politischer Mitspracherechte und Organisationshilfen. [Scharpf c, 64ff.] [Mayntz b] Im Fall der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer sind beispielsweise politische Mitspracherechte durch das Einräumen rechtsverbindlicher Richtlinien garantiert und Organisationshilfen durch eine garantierte Zwangsorganisation für die meisten der teilnehmenden Verbänden umgesetzt.

Während die Bundesausschüsse der Zahnärzte beziehungsweise Ärzte und Krankenkassen im Jahr 2005 bereits ihr fünfzigjähriges Bestehen feiern können, sind der Koordinierungsausschuss und der Ausschuss Krankenhaus die leistungsregulierenden Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der kürzesten Geschichte. Der Ausschuss Krankenhaus sowie der Koordinierungsausschuss wurden erst im Zuge der GKV-Gesundheitsreform von 2000 konstituiert. Dagegen wurden die Bundesausschüsse bereits im Rahmen des Gesetzes über das Kassenarztrecht von 1955¹⁴ gegründet.

Seit dem Gründungsjahr 1955 haben die Bundesausschüsse eine deutliche Aufwertung im Zuge weiterer Gesetze erfahren. Mit der Implementierung des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes (KVWG) von 1976, dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 (KVKG) und dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 wurde die Steuerung wichtiger Leistungsparameter der oft alleinigen Kontrolle der Ärzteschaft sukzessive entzogen und auf die Bundesausschüsse mit inzwischen untergesetzlicher Richtlinienkompetenz übertragen. Die untergesetzliche Richtlinienkompetenz gilt seit 1989. Davor hatten die Beschlüsse der Bundesausschüsse lediglich Empfehlungscharakter. Parallel zur gesetzlichen Fixierung der untergesetzlichen Richtlinienkompetenz wurde außerdem eine Vereinheitlichung der Rechtsstellung der verschiedenen Kassenarten vorgenommen. Zentral war hier die im Rahmen des GRG von 1988 angeordnete Integration der Ersatzkassenverbände in die Bundesausschüsse.¹⁵ Zuletzt wurden die Richtlinienkompetenzen der Bundesausschüsse mit dem Zweiten Neuordnungsgesetz von 1997 (2. NOG)¹⁶, dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendli-

¹⁴Während die Krankenkassen das Versicherungsmonopol für Pflichtversicherte bereits hatten, wurde mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 den Kassenärzten das Monopol der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeschrieben.

¹⁵Damit wurden die Ersatzkassen in den Geltungsbereich der Richtlinien des BAÄK mit einbezogen. Davor waren die Ersatzkassen zu Alleingängen mit den Leistungsanbietern in der Lage, die die Stellung der übrigen Krankenversicherungen im allgemeinen gegenüber den Leistungsanbietern schwächte. Durch die Einbeziehung der Ersatzkassen wurde eine zunehmende Interessenangleichung zwischen den Krankenkassen erreicht. [Döhler/Manow, Lütz]

¹⁶Gesetzlich implementiert wurde das 2. NOG als »Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung«.

chenpsychotherapeuten von 1998 und dem Gesundheitsreformgesetz 2000 (GRG 2000)¹⁷ ausgeweitet.¹⁸ [AG KA, Döhler/Manow-B., Wigge b] [Urban, 21ff.]

Mit Blick auf die zu Beginn dieses Kapitels beschriebenen inhaltlichen Aufgaben der vier Expertengremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und dem allen vier Gremien zugrundeliegenden Organisationsprinzip würden sich eigentlich alle vier Gremien für die Analyse der Auswirkung der Organisationsreform eignen. Alle vier Gremien haben vergleichbare inhaltliche Aufgaben, wenn auch arbeitsteilig organisiert, die letztendlich den Umfang des Leistungskataloges der GKV bestimmen. Außerdem sind alle vier Gremien nach dem gleichen korporatistischen Modell »Selbstorganisation im Schatten des Staates« eingerichtet. Einziger Unterschied ist ihr Zeithorizont.

Der Koordinierungsausschuss sowie der Ausschuss Krankenhaus haben eine zu kurze Geschichte um die Wirkung der Organisationsreform von 1992 empirisch erfassen zu können und eignen sich damit nicht als Untersuchungsgegenstand. Mit Blick auf den für eine Wirkungsanalyse eines Steuerungsversuchs von 1992 nötigen Zeithorizont bleiben nur noch die Bundesausschüsse der Zahnärzte beziehungsweise der Ärzte und Krankenkassen übrig. In Anbetracht der Menge der zu verhandelnden Themen handelt es sich beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Vergleich zum Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen um das bedeutendere Gremium für die Leistungsregulierung im ambulanten Sektor. Deshalb wird im Folgenden der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als Stellvertreter für die leistungsregulierenden Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung dienen. Über welche Bereiche sich die Verhandlungsaktivität des BAÄK genau erstreckt, wie sich die Menge seiner Aktivitäten entwickelt hat und welche Merkmale das Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden aufweist, ist Gegenstand der Ausführungen im folgenden Kapitel.

¹⁷Gesetzlich implementiert wurde das Gesundheitsreformgesetz 2000 als »Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000«.

¹⁸Um welche Maßnahmen es sich in diesem Zusammenhang bei dem 2. NOG und der Gesundheitsreform 2000 detailliert handelt, ist im Artikel von Hans-Jürgen Urban übersichtlich beschrieben. [Urban, 25ff./30ff.]

6 Verhandlungsgeschehen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Verhandlungen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) finden zu einer Vielzahl von Themen des ambulanten Sektors statt. Die Ergebnisse der Verhandlungen sind Standardisierungsrichtlinien, die inhaltlich auf dreizehn Bereiche verteilt sind:

- Durchführung von Präventionsmaßnahmen,
- Ärztliche Betreuung bei Familienplanung,
- Ärztliche Behandlung allgemein,
- Durchführung von Psychotherapie,
- Verordnung von Arzneimitteln,
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
- Verordnung von Krankenhauspflege und Krankenfahrten,
- Qualitätsbeurteilung technischer Verfahren,
- Bedarfsplanung,
- Durchführung von Soziotherapie,
- Verordnung häuslicher Krankenpflege,
- Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Rehabilitation und
- Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. [AG KA]

Sachverständigen aus angrenzenden und durch die Richtlinien betroffenen Tätigkeitsbereichen ist seit dem Zweiten Neuordnungsgesetz von 1997 (2. NOG) in den jeweiligen Arbeitsgruppen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die bei den Entscheidungsfindungen des BAÄK berücksichtigt werden müssen. Die Verfahrensordnung zur Durchführung von Anhörungsversuchen legt verbindlich das Anhörungsverfahren fest, dass vor Erlass von Änderungen der Richtlinien in den Bereichen Arzneimittel, Rehabilitation, häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und

Mutterschaft Anwendung findet. Es ist geklärt wer genau Gelegenheit zur Stellungnahme bekommt und wie mit den eingegangenen Stellungnahmen bei der Entscheidungsfindung des BAÄK umgegangen werden muss. [BAÄK VO] Gemäß dieser Verfahrensordnung sind zum Beispiel bei Verhandlungen über die Richtlinie und/ oder Änderungen der Richtlinie zur Verordnung von Arzneimitteln, Stellungnahmen von Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker zu berücksichtigen. [SGB V, § 92]

Das Anliegen der zwei folgenden Abschnitte ist die deskriptive Erfassung des Verhandlungsgeschehens im BAÄK. Die Beschreibung des Verhandlungsgeschehens im BAÄK vor und nach der Organisationsreform hilft zum einen abzusichern, dass der Steuerungsversuch »Organisationsreform« nicht von vornherein als gescheitert einzustufen ist. Zum anderen werden Verhandlungsaktivitäten präzisiert, deren Einordnung am Ende der Wirkungsanalyse möglich ist.

Zur Erfassung des Verhandlungsgeschehens im BAÄK ohne analytische Orientierungsparameter ist lediglich eine pauschale Betrachtung der horizontalen und vertikalen Merkmalsausprägung im Zeitverlauf möglich. In der Horizontalen lässt sich die Entwicklung der Menge der Aktivitäten des BAÄK insgesamt erfassen und durch eine vertikal vertiefende Betrachtung von Verhandlungsaktivitäten können Aussagen über die inhaltliche Dimension des betrachteten Verhandlungsgeschehens gemacht werden. Die Betrachtung der Menge der Aktivitäten des BAÄK erfolgt in Abschnitt 6.1 und die inhaltlich vertiefende Betrachtung von Verhandlungsaktivitäten erfolgt in Abschnitt 6.2.

Die folgende Beschreibung des Verhandlungsgeschehens basiert in der Hauptsache auf den im Bundesanzeiger und den in den Bundesarbeitsblättern veröffentlichten Verhandlungsergebnissen des BAÄK.¹⁹

6.1 Aktivitätenverteilung des BAÄK

Für eine sinnvolle Betrachtung der Aktivitätenverteilung im BAÄK spielt der Zeitpunkt der gesetzlichen Implementierung der Organisationsreform eine zentrale Rolle.

Wir erinnern uns: Die Organisationsreform wurde im Zuge des Jahres 1992 beschlossen, im Dezember 1992 gesetzlich implementiert und die operative Umsetzung erfolgt seit 1995 beziehungsweise 1996/1997. Das heißt, der Risikostrukturausgleich (RSA) wird seit 1995

¹⁹Laut Geschäftsordnung des Bundesausschusses werden alle Richtlinien bzw. deren Änderungen im Bundesanzeiger veröffentlicht. [BAÄK GO, § 12] Bis 1991 war das Hauptmedium zur Veröffentlichung der Ergebnisse des BAÄK die ‚Bundesarbeitsblätter‘.

Tabelle 1: Aktivitäten des BAÄK vor und nach der Organisationsreform²¹

Bereiche	bis 1993	nach 1992
Durchführung von Präventionsmaßnahmen	13	8
Ärztliche Betreuung bei Familienplanung	14	13
Ärztliche Behandlung (NUB bzw. BUB)	7	21
Durchführung von Psychotherapie	0	1
Verordnung von Arzneimitteln	7	53
Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	5	16
Verordnung von Krankenhauspflege und Krankenfahrten	2	0
Qualitätsbeurteilung technischer Verfahren	1	2
Bedarfsplanung	2	44
Durchführung von Soziotherapie	0	1
Verordnung häuslicher Krankenpflege	0	1
Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Rehabilitation	0	1*
Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit	1	0
Σ	52	162

NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

BUB: Bewertung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

*: in Arbeit

Quelle: [BA, BAnz]

praktiziert und die Krankenkassenwahlfreiheit gilt für Neumitglieder seit 1996 und für Kassenwechsler seit 1997.

Mit Blick auf die Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform ist für Betrachtung der Aktivitäten des BAÄK auf horizontaler Ebene die Gegenüberstellung der Aktivitäten in der Zeit bis Ende 1992 und der Zeit nach 1992 sinnvoll. Denn: Seit Beginn des Jahres 1993 konnten die Krankenkassen sicher sein, dass die Krankenkassenwahlfreiheit sowie der Risikostrukturausgleich kommen wird. Das heißt, mit Ablauf des Jahres 1992 herrschte zu diesen Themen Erwartungssicherheit und die Krankenkassen konnten beginnen, sich in ihre neue Situation einzufinden.²⁰

Wie sich die Menge der Aktivitäten des BAÄK vor und nach dieser Reformklarheit entwickelte, ist in Tabelle 1 berichtet.

²⁰Diese Annahme stützend: „Im Unterschied zu den Vorgaben des GSG begann der Wettbewerb der Kassen um Versicherte sofort...“ [Kania/Blanke, 581]

²¹Stand: März 2003.

Unter dem Begriff »Aktivitäten« ist das Erlassen von Richtlinien und jede Art von Änderungen der Richtlinien subsumiert. Die erfassten Aktivitäten sind nicht gleichbedeutend mit einem einzelnen Beschluss des BAÄK, sondern stellen meist mehrere Beschlüsse dar, die an den jeweiligen Sitzungstagen als Paket für die einzelne Richtlinie verabschiedet wurden.

Letztendlich kann angesichts der auf diese Weise erzielten Informationen über die Aktivitätenverteilung vor und nach der gesetzlichen Implementierung der Organisationsreform eine deutliche Aktivitätszunahme des BAÄK konstatiert werden. Trotz kürzeren Zeithorizonts hat der BAÄK nach 1992 zirka die dreifache Menge an Beschlüssen im Vergleich zum Zeitraum vor 1993 verabschiedet.

6.2 Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Für eine inhaltlich vertiefende Betrachtung des Verhandlungsgeschehens im BAÄK ist aus forschungspragmatischen Gründen die Festlegung auf eines der insgesamt dreizehn Sub-Verhandlungsgremien zwingend.

Auf der Suche nach einem geeigneten Verhandlungsgremium bieten sich mehrere Auswahlkriterien an. Erstens sollten aus Vergleichsgründen Aktivitäten vor und nach der Organisationsreform vorliegen. Zweitens sollten die Verhandlungsaktivitäten entsprechend dem allgemeinen BAÄK-Trend seit 1993 zugenommen haben. Drittens sollten die konkreten Verhandlungen möglichst nur von Konfliktlinien zwischen Ärzten und Krankenkassen beeinflusst werden. Das heißt, andere mögliche Konfliktlinien sollten möglichst nicht vorliegen. Außerdem sollten die Aktivitäten des ausgewählten BAÄK-Verhandlungsgremiums nicht auf gesetzliche Maßnahmen zurückzuführen sein.

Unter Berücksichtigung dieser Auswahlkriterien scheint sich die nähere Betrachtung des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden besonders zu eignen. Also der Verhandlungsbereich, der bisher als Bereich »Ärztliche Behandlung« bezeichnet wurde.

Die Entwicklung der Anzahl der Aktivitäten in den Bereichen »Durchführung von Präventionsmaßnahmen« und »Ärztliche Betreuung bei Familienplanung« ist nicht repräsentativ für die Aktivitätszunahme des BAÄK. Die mit Blick auf die erforderliche Existenz von Vergleichsmöglichkeiten verbleibenden Bereiche: »Verordnung von Arzneimitteln«, »Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln«, »Qualitätsbeurteilung technischer Verfahren« und »Bedarfsplanung«, eignen sich ebenfalls nicht. Diese vier BAÄK-Verhandlungsbereiche

eignen sich nicht wegen der hier zu erwartenden Beeinflussung durch beispielsweise familienpolitische Interessen, Interessen der Pharmaindustrie und wegen Einschränkung der Autonomie des BAÄK durch eine Vielzahl gesetzlicher Restriktionen. Letzteres betrifft vor allem die Richtlinien zur Bedarfsplanung. [SGB V, §§ 73, 99, 101, 103, 104, 311, ...]

Die Erfassung des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden erfolgt wie auch die der Anzahl der BAÄK-Aktivitäten insgesamt anhand der im Bundesanzeiger beziehungsweise der in den Bundesarbeitsblättern veröffentlichten Verhandlungsergebnissen. [NUB, BUB] Wie auch bei der Betrachtung der Aktivitäten im gesamten BAÄK gilt für die inhaltlich vertiefende Beschreibung des Verhandlungsgeschehens im Bereich »Ärztliche Behandlung«, dass mit Ablauf des Jahres 1992 Erwartungssicherheit bezüglich der Umsetzung der Organisationsreform auf Krankenkassenseite bestand. Das heißt, sollte sich die Organisationsreform auf das Verhandlungsgeschehen im BAÄK auswirken, ist deren Auswirkung ab 1993 möglich. Zur Vermeidung der falschen Zuordnung von gesetzlich motivierten Verhandlungsaktivitäten wurden alle Inhaltsübersichten von eventuell relevanten gesundheitspolitischen Gesetzen nach Übereinstimmungen durchforstet. [Schmidbauer] Bei Übereinstimmung wird die entsprechende gesetzliche Maßnahme mitgenannt.

Mit den Verhandlungen im BAÄK-Bereich »Ärztliche Behandlung« wurden und werden die Richtlinien zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) beziehungsweise die Richtlinien zur Bewertung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) bestimmt. Die NUB-Beschlüsse wurden in der Fassung vom ersten Oktober 1997 am zehnten Dezember 1999 bei zeitgleicher Neufassung der Überschrift in die BUB-Richtlinien übertragen.

Es gibt zwei zentrale Unterschiede zwischen den BUB- und NUB-Richtlinien. Erstens bezogen sich die Beschlüsse des BAÄK bei den Verhandlungen über die NUB-Richtlinien ausschließlich auf die Einführung neuer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Das heißt, bei den BUB-Richtlinien ist nun auch die Überprüfung von bisher anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsleistungen vorgesehen. Zweitens wurde die Bewertung der jeweiligen ärztlichen Methode über die Meinung eines Sachverständigen auf wissenschaftlich durchgeführte Untersuchungen ausgedehnt. Beide Neuerungen resultieren aus dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1999. [Wigge b, 524] [Wigge a, 576f.] [Schmidbauer, 91]

Mit Blick auf den tatsächlich vollzogenen Übergang von den NUB- zu den BUB-Richtlinien kann bereits eine erste Auffälligkeit des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher

Behandlungs- und Untersuchungsmethoden identifiziert werden. Vergleicht man das Gesetz mit der dazugehörenden Richtlinienänderung fällt auf, dass die Bewertungskriterien für die BUB-Methoden detaillierter ausfallen, als vom Gesetzgeber vorgeschrieben war. [SGB V, § 135 Abs. 1] [NUB, BUB, Richtlinien 1991 und 2000] [Wigge a, 576f.] Mit der Einführung von sogenannten Evidenzstufen wurde das vom Gesetzgeber geforderte Prinzip der wissenschaftlichen Bewertung einer ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethode in Eigenregie weiterentwickelt. Das heißt, der BAÄK-Bereich »Ärztliche Behandlung« einigte sich intern auf besondere Anforderungen an den Nachweis des Nutzens einer ärztlichen Methode entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaft. Mit der Festlegung unterschiedlicher Evidenzstufen wurde die Abwägung des Nutzens einer Methode in eine klare Rangfolge gebracht.²²

Die eigentlichen Ergebnisse der Verhandlungen im Bereich »Ärztliche Behandlung« stellen jedoch die Zuordnungen der jeweiligen Behandlungsmethoden zu den Anlagen eins bis drei der NUB-Richtlinien beziehungsweise zu den Anlagen A oder B der BUB-Richtlinien dar. Die Anlage eins der NUB-Richtlinien enthielt die anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dagegen enthielt die Anlage zwei die nicht anerkannten Verfahren und in Anlage drei waren die Methoden enthalten, die keine Anerkennung erhielten, weil zur Beurteilung der Methode keine ausreichenden Unterlagen vorlagen. Diese drei NUB-Anlagen wurden 1999 entweder in die Anlage A »Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« oder in die Anlage B »Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen« überführt. Das heißt, die NUB-Anlage eins wurde in die BUB-Anlage A und die NUB-Anlagen zwei und drei wurden in die BUB-Anlage B überführt.

Angesichts der Vergleichbarkeit der Entscheidungen bezüglich der Aufnahme beziehungsweise der Nichtaufnahme einer Leistung erfolgt als nächstes die Beschreibung dieser Entscheidungen im Zeitverlauf. Die Entscheidungen sind ohne Nennung der verhandelten Methode in Tabelle 2 dargestellt. Die anerkannten Methoden sind unter Anlage A und die nicht anerkannten Methoden sind unter Anlage B aufgeführt.

Es zeigt sich, dass die Entscheidung des BAÄK-Bereichs »Ärztliche Behandlung« seit 1990

²²Das Umschwenken auf die wissenschaftlich fundierte Begründung einer ärztlichen Methode wurde aufgrund von teilweise nicht neutraler Berichterstattung einiger Sachverständiger von diesem Arbeitsausschuss als sehr wichtig angesehen und für die anderen Richtlinien des BAÄK durch das Sozialgericht als wegweisend eingestuft. Quelle: Gespräch mit Dr. Rheinberger im November 2003 (dem ehemaligen Geschäftsführer der vom BAÄK beauftragten Arbeitsgemeinschaft zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).

²³Stand: März 2003.

Tabelle 2: Verhandlungsergebnisse im Bereich »Ärztliche Behandlung« vor und nach der Organisationsreform²³

Jahr	Anlage A	Anlage B
1990	1	7
1991	2	1
1992	1	4
Σ	4	12
1993	0	1
1994	1	6
1995	3	2
1998	2	4
1999	3	2
2000	1	10
2001	1	3
2002	1	2
2003	1	0
Σ	13	30
Σ	17	42

Quelle: [NUB, BUB]

öfter zugunsten einer Nicht-Anerkennung ausfiel. Im Vergleich zwischen den Zeiträumen vor und nach der gesetzlichen Implementierung der Organisationsreform ist allerdings keine Auffälligkeit feststellbar. Das Verhältnis zwischen der Zahl der anerkannten und nicht anerkannten Methoden im Zeitverlauf ist relativ gleichgeblieben. Vor 1993 führte einer von vier Anträgen zu einer Anerkennung. Nach 1992 führten im Durchschnitt 1,5 Anträge von vier Anträgen zu einer Anerkennung.

Auf der Suche nach Auffälligkeiten beim Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden folgt nun die Betrachtung der mehrfach verhandelten Methoden in diesem Bereich. Mit Blick auf die derzeit gültigen BUB-Anlagen fällt nämlich auf, dass einzelne Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden mehrmals verhandelt wurden. Die derzeit gültige Anlage A enthält nur neun und nicht mindestens siebenzehn anerkannte ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Anlage B enthält nur vierzig und nicht mindestens 42 nicht anerkannte Methoden. [NUB, BUB, Richtlinie 2000]

Zum Zweck des Aufspürens von mehrfach verhandelten Methoden werden zunächst die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgelistet, die sich hinter den einzelnen Zahlen der Tabelle 2 verbergen:

04.12.1990

- Anlage 1: LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren,
- Anlage 2: Elektro-Akupunktur, ‚Heidelberger Kapsel‘, Intravasale Insufflation, Oxyontherapie, niederenergetische Laser, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Immuno-augmentative Therapie

02.07.1991/09.04.1991

- Anlage 1: Methadon-Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger, Behandlung von Schlafapnoe
- Anlage 2: Lymphozytäre Autovaccine-Therapie

14.01.1992/17.06.1992/07.08.1992

- Anlage 1: Änderung der Richtlinie zur Methadon-Substitutionsbehandlung
- Anlage 2: Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen, Autohomologe Immuntherapie nach Kief, Haifa-Therapie, Doman-Delacato bzw. BIBIC-Therapie

11.05.1993

- Anlage 2: Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie

16.02.1994/25.05.1994/22.11.1994

- Anlage 1: Änderung der Richtlinie zur Methadon-Substitutionsbehandlung
- Anlage 2: Hypertimiebehandlung der Prostata, Transurethrale Laseranwendung zur Behandlung der Prostata, Hyperbare Sauerstofftherapie
- Anlage 3: Kombinierte Balneo-Phototherapie, Thermootherapie der Prostata, Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung

08.05.1995/13.09.1995/14.12.1995

Anlage 1: Stoßwellenlithotripsie, Bestimmung otoakustischer Emmissionen, Änderung der Richtlinie zur LDL-Elimination

Anlage 2: Bioresonanzdiagnostik und -Therapie, Autologe Target Cytokine-Behandlung nach Klehr

24.04.1998/23.10.1998

Anlage A: Änderung der Richtlinie zur LDL-Elimination, Viruslastbestimmung bei HIV-Infizierten

Anlage B: Colon-Hydro-Therapie, Extrakorporale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen, Pulsierende Signaltherapie, Niedrigdosierter, gepulster Ultraschall

26.04.1999/07.09.1999/25.10.1999/10.12.1999

Anlage A: Änderung der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Änderung der Richtlinie zur LDL-Elimination, Osteodensitometrie

Anlage B: Neurotopische Therapie nach Desnizza u.ä., Balneophototherapie

10.04.2000/16.10.2000/11.12.2000

Anlage A: Photodynamische Therapie

Anlage B: Aktiv-spezifische Immuntherapie mit autologer Tumorzellvakzine, Autologe Chondrozytenimplantation bzw. -transplantation, nochmals diskutierte Anerkennung der hyperbaren Sauerstofftherapie, Uterus-Ballon-Therapie, nochmals diskutierte Anerkennung von Akupunktur (Ausnahme sind Indikationen bei verschiedenen chronischen Schmerzen), Ultraviolettbestrahlung des Blutes, Hämatogene Oxydationstherapie, Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger, Ozon-Therapien, Quellgasbehandlung

06.02.2001/03.05.2001

Anlage A: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust

Anlage B: nochmals diskutierte Anerkennung der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff, Selektive UVA1-Bestrahlung

26.02.2002/21.06.2002/28.10.2002

Anlage A: Änderung der Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

Anlage B: Positronen-Emissions Tomographie, 40. Atlasterapie nach Arlen

24.03.2003

Anlage A: Änderung der Richtlinie zur LDL-Elimination (jetzt: Richtlinie zur Durchführung von Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren) [NUB, BUB]

Mit Blick auf die konkreten Inhalte der Verhandlungen und den im Jahr 1999 gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab²⁴ kann zunächst ohne nähere Betrachtung der mehrfach verhandelten Methoden eine zweite Auffälligkeit beim Verhandlungsgeschehen im Bereich »Ärztliche Behandlung« festgestellt werden: Das BAÄK-Verhandlungsgremium »Ärztliche Behandlung« hat von der vom Gesetzgeber im Zuge des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes eingeführten Möglichkeit, auch über die Aberkennung einer bisher anerkannten Methode zu verhandeln, nur einmal Gebrauch gemacht. Und zwar bei der Methode der Osteodensitometrie. [EBM] Die Osteodensitometrie wurde 1999 offensichtlich zur Diskussion gestellt und erneut als Methode bestätigt, die als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. In Anbetracht der insgesamt 24 ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die seit 1999 in die Verhandlungen des BAÄK hineingetragen wurden, erscheint lediglich eine Verhandlung über eine bisher anerkannte Methode relativ gering.

Bei der Suche nach mehrmals im Bereich »Ärztliche Behandlung« verhandelten Methoden wurden zwei Richtlinien der Anlage A und fünf Richtlinien der Anlage B identifiziert. Die zwei gefundenen Richtlinien der Anlage A wurden insgesamt fünfmal verhandelt und die

²⁴ Anerkannte Methoden sind Bestandteil der Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Mit Hilfe des EBM wird die Bezahlung der Ärzte geregelt. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Tabelle 3: Mehrmals verhandelte ärztliche Methoden des BAÄK vor und nach der Organisationsreform

Jahr	Anlage A	Anlage B
1990	LDL-Elimination	Elektroakupunktur Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
1991	Methadon-Substitutionsbehandlung	
1992	Methadon-Substitutionsbehandlung	
<i>Organisationsreform</i>		
1994	Methadon-Substitutionsbehandlung	kombinierte Balneo-Phototherapie Hyperbare Sauerstofftherapie UVA1-Bestrahlung
1995	LDL-Elimination	
1998	LDL-Elimination	
1999	LDL-Elimination	Balneo-Phototherapie
	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	
2000		Akupunktur Hyperbare Sauerstofftherapie
2001		Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie UVA1-Bestrahlung
2002	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	
2003	LDL-Elimination	

Quelle: [NUB, BUB]

fünf Richtlinien der Anlage B standen zweimal auf der Tagesordnung. Diese mehrmals verhandelten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind zeitlich zugeordnet in Tabelle 3 aufgeführt.

Bei den fünfmal verhandelten Methoden der Anlage A handelt es sich um die LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren und die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Bei den zweimal in die Verhandlungen hineingetragenen Methoden der Anlage B handelt es sich dagegen um Behandlungen mit Akupunktur, mit Sauerstoff-Mehrschritt-Therapien, mit Balneo-Phototherapien, mit Hyperbaren Sauerstofftherapien und mit hochdosierter, selektiver UVA1-Bestrahlung. Während die für die Anerkennung vorgeschlagenen Methoden der Akupunktur, der Balneo-Phototherapie und der selektiven UVA1-Bestrahlung beim zweiten Anlauf in modifizierter Form für die Anerkennung vorgeschlagen wurden, wurden die Behandlungsmethoden mit Sauerstoff-Mehrschritt-Therapien

und mit hyperbaren Sauerstofftherapien beim zweiten Mal in unveränderter Form in die Verhandlungen des BAÄK eingebracht.

Mit Blick auf die mehrmals verhandelten Methoden der Anlage A fällt auf, dass beide Methoden bereits im Vorfeld der Organisationsreform anerkannt waren, deren Richtlinien später lediglich modifiziert wurde. Dagegen handelt es sich bei den Methoden, die wiederholt der Anlage B zugeordnet wurden, um Anträge, die auf eine Erweiterung des gesetzlichen Leistungskataloges hinausgelaufen wären. Diese kontinuierliche Erfolglosigkeit von Anträgen zur Neuaufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist die dritte Auffälligkeit, die für die Verhandlungen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden festgehalten werden kann.

Während für die mehrmals nicht anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur deren wiederholte Nichtanerkennung konstatiert werden kann, eignet sich die Beschreibung der inhaltlichen Änderungen der zwei anerkannten Methoden für eine weitergehende Suche nach inhaltlichen Auffälligkeiten der BAÄK-Aktivitäten im Bereich »Ärztliche Behandlung«. Alle Änderungen sind vollständig anhand ihrer Veröffentlichungen in den Bundesarbeitsblättern beziehungsweise dem Bundesanzeiger in den folgenden zwei Abschnitten 6.2.1 und 6.2.2 nachvollzogen.

6.2.1 LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Bei der LDL-Elimination handelt es sich um ein kostenintensives Blutreinigungsverfahren zur Entfernung von LDL-Cholesterin. Die betreffende Richtlinie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung einer LDL-Elimination. Die erste Richtlinie zur Behandlung mit LDL-Elimination wurde 1990 verabschiedet. [NUB, 1991] Mit der ersten Modifikation der Richtlinie 1995 wurden die Bedingungen einer zulässigen Indikation und die organisatorischen Voraussetzungen verschärft. Als Bedingung einer abrechnungsfähigen Indikation wurde eine sechsmonatige medikamentöse Behandlung des Patienten mit entsprechender Dokumentation vorgeschrieben. Zudem wurde eine Berücksichtigung des Gesamt-Risikoprofils des Patienten als entscheidender Genehmigungsgrund hinzugefügt. Außerdem wurden Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit Beratungsfunktion ins Leben gerufen, „denen alle Indikationsstellungen vor Einleitung der Therapie vorzulegen sind“. [NUB, 1996, 1809] Die Ergebnisse der Beratungen werden dem behandelnden Arzt und der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt.

Mit der nächsten Änderung 1998 wurde der Adressatenkreis für die Mitteilung der Ergeb-

nisse der Beratungen der Kommissionen auf die leistungspflichtige Krankenkasse erweitert, die ihrerseits den Versicherten über das Ergebnis informieren soll. Zudem musste neuerdings der leistungspflichtigen Krankenkasse Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Beratung gegeben werden und deren Zustimmung vor der Indikation eingeholt werden. Im Vorfeld der Beratung durch die Kommission wurden außerdem eine schriftliche Begründung des behandelnden Arzt, eine schriftliche Einverständniserklärung sowie personenbezogene Angaben des Patienten eingefordert. Die Neuerung im Jahr 1998 betraf wiederum die Kommissionen der KVen, deren Zustimmung bei Fortführung der LDL-Elimination nach Ablauf eines Jahres erneut unter denselben Voraussetzungen wie beim ersten Mal eingeholt werden muss. [NUB, 1998]

In der Sitzung vom siebenten September 1999 wurde eine formelle Änderung bezüglich der Qualifikationsvoraussetzungen von Ärzten gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V vorgenommen und der betreffende Paragraph in der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren präzisiert. [NUB, 1999] Die letzte Änderung der Richtlinie wurde 2003 vorgenommen. Hier wurde die ursprüngliche Richtlinie zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Verfahren aufgehoben und durch die Richtlinie zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren ersetzt. Dadurch wurde das eigentlich zu behandelnde Krankheitsbild, zu viel LDL-Cholesterin im Blut, durch das der aktiven rheumatoiden Arthritis ergänzt. Ausgenommen die ergänzenden Änderungen, die ausschließlich das neu aufgenommene Krankheitsbild betreffen, wurden die Anforderungen der zur Indikationsstellung erforderlichen Dokumentation der im Vorfeld unternommenen medikamentösen Behandlungsversuche präzisiert und die beratenden Kommissionen der KVen um „zwei von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen benannte fachkundige Ärzte des MDK“ erweitert. [BUB, 2003]

6.2.2 Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Die Entwicklung der Änderungen der Richtlinie zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger wird im folgenden aus Gründen der Nachvollziehbarkeit ebenso detailliert wie die Entwicklung der Richtlinie zur LDL-Elimination nachgezeichnet. Zwar ist Drogensubstitution eine anerkannte ärztliche Behandlungsmethode, jedoch stellt sie allein keine Krankheitsbehandlung dar und wird entsprechend „lediglich dann als notwendiger Teil der Krankheitsbehandlung angesehen, wenn diese mittels der Drogensubstitution erst ermöglicht wird.“ [NUB, 1991, 85] Die Voraussetzungen für eine solche Drogensubstitution sind Bestandteil der Richtlinie.

Die erste Änderung der Richtlinie wurde am siebenten August 1992 vorgenommen. Hier wurde der zur Verabreichung von Methadon berechnigte Personenkreis vom behandelnden Arzt beziehungsweise einen ärztlichen Stellvertreter auf in entsprechenden Einrichtungen tätigen Krankenschwestern und Krankenpflegern erweitert. [NUB, 1992]

In der darauffolgenden Änderung der Richtlinie wurde die Übermittlung personenbezogener Daten an die KVen und die Krankenkasse zur Verhinderung von Mehrfachsubstitution verfügt und die Höchstzahl der Patienten pro Arzt von zehn auf fünfzig erhöht. Die Verfügung zur Übermittlung der persönlichen Daten ist auf die 1993 neugefasste Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zurückzuführen. [NUB, 1994]

Mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten²⁵ von 1998 wurde eine Änderung des Paragraphen 27 SGB V verfügt. Entsprechend muss seit 1999 Suchterkrankung als Krankheit durch den BAÄK anerkannt werden. Voraussetzung zur substituitions-gestützten Behandlung sind nun begleitende psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen. Methadon als ausschließlich anerkanntes Substitutionsmittel wurde wiederum aus Gründen der Änderung der BtMVV durch andere Substitutionsmittel ergänzt, zum Beispiel Codein. Die Entscheidung über den Einsatz solcher Mittel soll mit Blick auf die kostengünstigste Version in der preiswertesten Darreichungsform erfolgen. Desweiteren wurden die Krankheitsbilder, bei denen Substitution als sinnvoll angesehen wird, spezifiziert und eine pauschale Befristung der Behandlung auf zwölf Monate festgelegt. Die Behandlung kann jedoch durch eine erneute Genehmigung durch die Beratungskommission der KVen verlängert werden. Weiterhin wurde die Pflicht einer umfassenden Dokumentation der Behandlung für den behandelnden Arzt eingeführt und Abbruchkriterien formuliert. Zur Überprüfung der Indikationen wurden bereits mit der ersten Richtlinie Beratungskommissionen der KVen eingerichtet, deren Mitgliederkreis sich aus drei von den KVen benannten und drei durch die Krankenkassen benannten Mitglieder rekrutiert. Zur Beratung ist neuerding auch den leistungspflichtigen Krankenkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Höchstzahl der gleichzeitig von einem Arzt betreuten Patienten wurde von fünfzig auf zwanzig reduziert. Die vorletzte Überarbeitung betrifft den Nachweis zur fachlichen Befähigung des substituierenden Arztes. Der Arzt muss seit dem Beschluss der Bundesärztekammer vom elften September 1998 den Erwerb der Fachkunde ‚Suchtmedizinische Grundversorgung‘ nachweisen. [NUB, 1999]

Der letzte Beschluss des BAÄK zum Thema Substitutionsbehandlung definiert die Kri-

²⁵Vollständiger Titel: Artikel 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) [Schmidbauer, 8/28]

terien, die ein umfassendes Therapiekonzept abdecken soll, und betont beziehungsweise erweitert die qualitätssichernde Funktion der Beratungskommissionen der KVen. Zur Verhinderung der Mehrfachsubstitution wurden die KVen und die Krankenkassen als Meldestellen durch das gemäß Paragraph 5a BtMVV zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ersetzt. Zuletzt wurde die Höchstzahl der gleichzeitig behandelten Patienten pro Arzt wiederum auf fünfzig erhöht. [BUB, 2002]

6.3 Merkmale des Verhandlungsgeschehens nach der Organisationsreform im Überblick

Auf der Suche nach Auffälligkeiten beim Verhandlungsgeschehen im BAÄK wurde zuerst die Aktivität des gesamten BAÄK in der Zeit vor und nach der Organisationsreform gemessen. Angesichts der Vielzahl von Themen im ambulanten Sektor, die allesamt in den Kompetenzbereich des Bundesausschusses fallen, wurde die Suche nach inhaltlichen Auffälligkeiten mit einer näheren Betrachtung des BAÄK-Teilbereichs »Ärztliche Behandlung« fortgesetzt. Die Vertreter der Ärzte und Krankenkassen entscheiden hier durch den Erlass der NUB- beziehungsweise BUB-Richtlinien über Veränderungen am Inhalt des Leistungskataloges der GKV, der sich auf ambulant zu erbringende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Vertragsarzt bezieht. Die auf diese Weise für den Zeitraum nach der gesetzlichen Implementierung der Organisationsreform identifizierten Merkmale des BAÄK-Verhandlungsgeschehens sind folgende:

- Aktivitätenzunahme bei der Modifizierung des Leistungskataloges der GKV,
- Einführung detaillierterer Kriterien zur Bewertung der Methoden ärztlicher Behandlung,
- von der erweiterten Verhandlungsmöglichkeit, auch bereits zugelassene Leistungen neu zu verhandeln, wurde wenig Gebrauch gemacht,
- wiederholte Anträge auf Neuaufnahmen von ärztlichen Leistungen blieben ohne Erfolg,
- in der Verschreibungspraxis des Arztes ist auf Krankenkassenseite eine Zunahme an Einflusschancen zu verzeichnen und
- die Ärzte sind zunehmenden Kontrollmechanismen unterworfen, die die Qualität der Leistungserbringung sichern soll.

Die an erster Stelle genannte Aktivitätszunahme des gesamten BAÄK ist ziemlich sicher nicht der Organisationsreform von 1992 zuzuschreiben. Dass die Aktivitäten des BAÄK im Zeitverlauf zugenommen haben, ist vermutlich lediglich ein Indikator für den Bedeutungszuwachs des Bundesausschusses. Der in dieser Form gemessene Bedeutungsgewinn ist die Folge von gesetzlichen Kompetenzzuweisungen und ist demnach nicht der Selbstregulierung des Verhandlungsgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung zuzuschreiben. Die restlichen noch ungeklärten Merkmale des BAÄK-Verhandlungsgeschehens beziehen sich auf Geschehnisse im BAÄK-Teilbereich »Ärztliche Behandlung«.

Mit Blick auf das Verhandlungsgeschehen in diesem Subgremium wurde die Einführung von detaillierteren Kriterien zur Bewertung der Methoden ärztlicher Behandlung, sowie die Verschiebungen zugunsten von Kontrollchancen auf der Krankenkassenseite auf der Ebene der ambulanten Verschreibungspraxis in der Zeit nach der Organisationsreform festgestellt. Beide Merkmale sind der Selbstkorrektur des BAÄK zuzuordnen und verweisen vielleicht auf eine durch die Organisationsreform bewirkte Veränderung der Beziehungsmuster zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Dagegen vermitteln die übrigen Merkmale des Verhandlungsgeschehens zu den NUB/BUB-Richtlinien einen anderen Eindruck. Dass nämlich von der Erweiterung der Verhandlungsthematik auf anerkannte Methoden nur wenig Gebrauch gemacht wurde und dass nicht anerkannte Leistungen trotz wiederholter Beantragung nicht im Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden, sprechen gegen ein durch die Organisationsreform in Bewegung versetztes Verhandlungssystem.

Inwiefern diese BAÄK-Merkmale auf die im Dezember 1992 verabschiedete Organisationsreform zurückzuführen sind und ob es sich dabei um Verhandlungsergebnisse handelt, die auf ein generell größeres Wirtschaftlichkeitsinteresse des BAÄK schließen lassen, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.

Bevor die systematische Überprüfung der Auswirkung der Organisationsreform auf die Handlungsstrategien der Krankenkassen im BAÄK erfolgt, wird zunächst der institutionell geprägte situative Kontext der Wahlklassen im BAÄK beschrieben. Mit Blick auf den Untersuchungsleitfaden in Abbildung 9 wird die Wirkungsanalyse der Organisationsreform damit eingeleitet.

7 Zum institutionellen Kontext der Wahlklassen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Die wichtigsten Handlungsressourcen eines jeden korporativen Akteurs sind die sogenannten institutionellen Regelungen, „durch die Kompetenzen zugewiesen sowie Partizipationsrechte, Vetorechte oder das Recht zur autonomen Entscheidung für bestimmte Fragen verliehen oder beschränkt werden.“ [Scharpf a, 86]

Der institutionelle Kontext definiert gemäß der im Rahmen des Akteurzentrierten Institutionalismus entwickelten Forschungsheuristik die Handlungssituation der Bundesverbände der Krankenkassen und prägt damit die zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume der Bundesverbände der Krankenkassen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) nachhaltig. Wie dieses formale und interessenfreie Situationsgerüst der Bundesverbände der Wahlklassen im BAÄK aussieht, wird im Folgenden beschrieben. Mit Blick auf den Untersuchungsleitfaden in Abbildung 9 handelt es sich um den mit (a) gekennzeichneten Arbeitsschritt.

Bei der Erfassung des institutionellen Kontextes der Bundesverbände der Krankenkassen im BAÄK müssen zwei Ebenen berücksichtigt werden: die Akteursebene und die Kollektivverhandlungsebene. Auf der Akteursebene strukturiert die organisatorische Struktur der Krankenkassenseite das Handeln ihrer Vertreter im BAÄK und auf der Kollektivverhandlungsebene sind es formale Regelungen, wie sie beispielsweise in der Geschäfts- und der Verfahrensordnung des BAÄK zu finden sind.

Bevor die Beschreibung der organisatorischen Struktur der Krankenkassen erfolgt, werden die formalen Rahmenbedingungen der Krankenkassen im BAÄK beschrieben. Die Beschreibung der Struktur auf Akteursebene wird sich auf die Beschreibung der organisatorischen Struktur der Wahlklassenarten beschränken, da nur sie von der Organisationsreform betroffen sind. Da die Organisationsreform die organisatorische Struktur auf Krankenkassenseite betrifft, wird in diesem Kapitel zunächst die Organisationsstruktur in der Zeit vor der Organisationsreform beschrieben. Alle im Folgenden erfassten Informationen zum institutionellen Kontext der Bundesverbände der Wahlklassen im BAÄK werden hier zunächst einmal nur aufgelistet, so dass später bei Bedarf darauf zurückgegriffen werden kann.

7.1 Institutionelle Rahmenbedingungen im BAÄK

Bei dem BAÄK handelt es sich um ein vom Staat geschaffenes, korporatistisches Verhandlungsgremium nach dem Muster »Selbstorganisation im Schatten des Staates«. [Scharpf a, 327ff.] [Urban, 8f.]

Die Verhandlungen im Rahmen des BAÄK unterscheiden sich damit grundlegend von sogenannten freien Verhandlungen.²⁶ Während freie Verhandlungen ohne eine ministerielle Vorwegnahmeforderung ausgestattet sind, sind die BAÄK-Verhandlungen in eine hierarchische Autoritätsstruktur eingebunden. Das heißt, der Staat beziehungsweise das Ministerium ist die hierarchische Autorität, die bei Nichtzustandekommen oder Nichtgefallen von Verhandlungsergebnissen eingreifen kann. Mit dieser Letztinterventionsfähigkeit ausgestattet wirkt der Staat, bildlich gesprochen, als sogenannte »Rute im Fenster«. Diese Form der ministeriellen Ersatzvornahme liegt auch der Einigung zwischen den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Vertretern der Krankenkassen im BAÄK auf die drei unparteiischen Mitglieder zugrunde. [SGB V, §§ 91-94]

Insgesamt besteht der BAÄK aus 21 Mitgliedern, von denen neben den drei unparteiischen Mitgliedern²⁷ jeweils neun Vertreter von der KBV und neun Vertreter von den Verbänden der Krankenkassen gestellt werden. Die detaillierte Teilnehmerliste ist in Tabelle 4 aufgeführt.

Die drei unparteiischen Mitglieder sowie alle neun Vertreter der Krankenkassen und Ärzte sind stimmberechtigt. Das Amt ist ehrenamtlich und die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Es können bis zu dreizehn Stellvertreter bestellt werden. Fehlen zwei der stimmberechtigten Vertreter der Krankenkassen und der Ärzte so kann durch Zustimmung aller anwesenden Stimmberechtigten die Beschlussfähigkeit beschlossen werden. Fehlen dagegen zwei der unparteiischen Stimmberechtigten, ist in keinem Fall eine Beschlussfähigkeit gegeben. Ist Letzteres der Fall, muss eine erneute Sitzung mit identischer Tagesordnung anberaumt werden. Zur Vorbereitung der Beratungen und Beschlussfassungen im Bundesausschuss können Arbeitsausschüsse eingesetzt werden, deren Auftrag und Zusammensetzung von Fall zu Fall bestimmt wird. Der Bundesausschuss beschließt nach dem einfachen Mehrheitsprinzip. Bevor über die Anträge abgestimmt wird, wird zum Zweck der gesonderten Beratung

²⁶Ein Beispiel für einen solchen freien Verhandlungstyp war die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die im Zuge des GMG von 2004 abgeschafft wurde.

²⁷Zum Beispiel waren die unparteiischen Mitglieder des BAÄK in der Zeit von 1997 bis 2003: Karl Jung, Jürgen Bösch und Franz-Josef Oldiges. Karl Jung war davor Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit, Jürgen Bösch war davor Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundesärztekammer und Franz-Josef Oldiges kam vom Bundesverband der AOK, wo er die Geschäftsführung des Bundesverbandes inne hatte.

Tabelle 4: Teilnehmerliste Bundesausschuss

Teilnehmer	Anzahl
unparteiischer Vorsitz	1
unparteiische Mitglieder	2
Vertreter der KBV	9
Vertreter des Bundesverbandes der AOK	3
Vertreter der Verbände der EK	2
Vertreter des Bundesverbandes der BKK	1
Vertreter des Bundesverbandes der IKK	1
Vertreter des Bundesverbandes der landw. KV	1
Vertreter der BKN	1
Σ	21

Quelle: [SGB V, §§ 90 (2)/ 91 (2)]

die Sitzung unterbrochen. Die Tagesordnung, die Anträge und sonstiges Beratungsmaterial müssen mindestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin den Gremiumsmitgliedern mitgeteilt werden. [BAÄK GO]

Unterhalb dieser allgemeinen Regelungen für den BAÄK insgesamt, existieren oft detailliertere Bestimmungen für die einzelnen Themenbereiche des BAÄK.²⁸ Da die Bestimmungen für den Erlass der Richtlinien zur ärztlichen Behandlung als richtungsweisend gelten, soll deren Beschreibung an dieser Stelle nicht fehlen.

Für die NUB- beziehungsweise die BUB-Richtlinien sind die Voraussetzungen für die Überprüfung, die Einholung von Stellungnahmen, das Verfahren der Überprüfung, die Prüfkriterien und die Bewertung der Anträge auf der Grundlage des Paragraphen 135 SGB V in der Richtlinie selbst fixiert. [NUB, BUB, Richtlinien 1991 und 2000]

Zur Antragstellung auf Überprüfung einer neuen oder auch einer bisher anerkannten Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode sind ausschließlich Vertreter der KBV und Vertreter der Verbände der Krankenkassen befugt.

Die Anträge zur Änderung der BUB-Richtlinie sollen Informationen über Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die erforderlichen ärztlichen Aufzeichnungen über die Behandlung enthalten. Die Informationen über den diagnostischen und therapeutischen

²⁸Eine anschauliche Übersicht über die einzelnen Rechtsgrundlagen aller vom BAÄK zu verabschiedeten Richtlinien befindet sich im sich im WZB-Discussion-Paper von Hans-Jürgen Urban. [Urban, 15]

Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer zur Verhandlung beantragten Methode sind gleichzeitig die Begründung des Antrags. Die Begründungspflicht bezüglich des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit wurde 1997 mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) über die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit einer Methode hinaus ausgedehnt.²⁹ Davor war die Erörterung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einer Methode nicht explizit Teil der Begründung eines Antrags. Diese Informationen werden seit 1999 getrennt nach therapeutischen und diagnostischen Methoden unterschiedlichen Evidenzstufen zugeordnet, die einer standardisierten Beurteilung der Unterlagen dienen. Zur Verdeutlichung des Spektrums der Evidenzstufen: Die erste Evidenzstufe erfordert wenigstens eine randomisierte, kontrollierte Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach international anerkannten Standards und die letzte Evidenzstufe erfordert lediglich Meinungen anerkannter Experten, Berichte von Expertenkomitees, Einzelfallberichte oder Ähnliches. Die Kategorisierung der verschiedenen Informationsquellen mit Hilfe von Evidenzstufen wird in dieser Form erst bei den BUB-Richtlinien praktiziert und geht über die mit dem 2. GKV-NOG verfügbaren wissenschaftlichen fundierten Bewertung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit einer zur Verhandlung vorgeschlagenen Methode hinaus. [SGB V, § 135]

Vor der Einführung der Evidenzstufen wurde zwischen randomisierten und kontrollierten Studien, Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien, Zeit-Vergleich-Studien, nicht kontrollierten klinischen Studien, Studien zum Nachweis der Beeinflussung pathophysiologisch relevanter Größen und wissenschaftlich begründeten Expertenaussagen unterschieden. Zu NUB-Zeiten musste(n) mindestens eine Studie der zwei zuerst genannten Studienarten oder mindestens zwei der restlichen Studienarten einem Antrag beigelegt werden. Diese Regelung, welche Studie wann ausreicht, wurde für die BUB-Richtlinie insofern relativiert, dass eine klare Rangfolge für die Abwägung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zuungunsten der dritten Evidenzstufe festgelegt wurde.

Mit der Überprüfung der Anträge sowie eigenen Recherchen werden sogenannte Arbeitsausschüsse beauftragt. Liegen keine aussagefähigen Informationen vor und können diese in einem vertretbaren Zeitraum durch beispielsweise sogenannte Modellversuche beschafft werden, kann der BAÄK seine Beschlussfassung auf die nächsten drei Jahre hinausschieben. In Modellversuchen werden zeitlich begrenzt Leistungen von nur einer Krankenkassenart außerhalb des allgemein gültigen gesetzlichen Leistungskataloges angeboten. Bevor die Überprüfung einer Methode von einem Arbeitsausschuss durchgeführt wird, veröffent-

²⁹Weitere Ausführungen zum Inhalt des 2. NOG im Discussion Paper von Hans-Jürgen Urban. [Urban, 25ff.]

licht der beauftragte Arbeitsausschuss die zur Debatte stehenden Methoden der ärztlichen Behandlung im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt und gibt damit Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden der Ärztegesellschaften und Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Stellungnahmen sollen (wie der eigentliche Antrag auch) Ausführungen zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit beinhalten.

Nach Bewertung der ärztlichen Methoden durch den BAÄK wird die verhandelte Methode entweder in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen oder aus dem EBM herausgenommen. Wird eine Methode in den EBM aufgenommen, wird nach dem vom BAÄK bestimmten Inhalt der Behandlungsmethode die Bezahlung der Behandlung in sogenannten Bewertungsausschüssen geregelt.

7.2 Institutionelle Rahmenbedingungen der am BAÄK teilnehmenden Wahlklassen

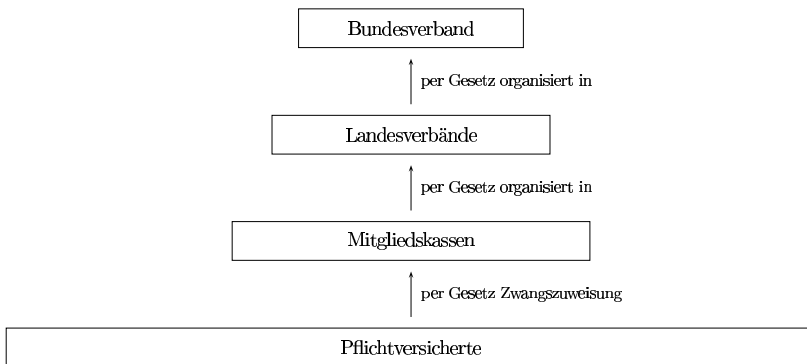
Neben dem Kassenpluralismus ist die gegliederte Organisationsstruktur der Wahlklassenarten ein prägendes Merkmal der GKV. Der Kassenpluralismus sowie alle im folgenden Abschnitt beschriebenen Besonderheiten der organisatorischen Struktur der Krankenkassen- und Kassenverbände sind gesetzlich fixiert.

Außer die Ersatzkassen sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK) und die Innungskrankenkassen (IKK) vom Gesetzgeber mit drei Organisationsebenen ausgestattet: der Mitgliedskassenebene, der Landesverbandsebene und der Bundesverbandsebene. In Landesverbänden müssen sich die gesetzlichen Mitgliedskassen eines Bundeslandes nach Kassenart organisieren und die Landesverbände müssen wiederum jeweils einen Bundesverband bilden. [SGB V, §§ 207, 212]

Die Landesverbände und die Bundesverbände der AOK, BKK und IKK sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und haben als Hauptaufgabe, ihre Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. [SGB V, §§ 211, 217]

Die Unterstützung bei der Wahrnehmung der Interessen ihrer Mitgliedskassen ist in zwei Bereiche aufgeteilt: Interessenfindung und Interessenvertretung in Verhandlungen. Mit dem Ziel der Interessenfindung werden auf Landesebene beispielsweise Statistiken erstellt, die dann auf der Bundesebene ausgewertet werden. Auch die Interessenvertretung ist arbeitsteilig organisiert. So vertreten beispielsweise die Landesverbände der Krankenkassen die Interessen ihrer Krankenkassen in sogenannten Landesausschüssen, die unter anderem Zu-

Abbildung 10: Organisatorische Struktur der AOK, BKK und IKK vor Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit



Quelle: [SGB V, §§ 173, 207, 212]

lassungsbeschränkungen und Bedarfspläne auf regionaler Ebene auf Grundlage der Richtlinien des BAÄK mit den KVen beratschlagen. [SGB V, §§ 90, 99-103] Auf Bundesebene vertreten dagegen die Bundesverbände die Interessen ihrer Krankenkassen in beispielsweise dem BAÄK, dessen inhaltliche Zuständigkeiten hier nicht noch einmal wiederholt werden müssen.

Die organisatorische Struktur der Wahlklassenarten AOK, BKK und IKK ist unter Berücksichtigung der vor der Organisationsreform praktizierten Zwangszuweisung von GKV-Versicherten in Abbildung 10 dargestellt.

Für die Ersatzklassen sah und sieht das Gesetz keine solchen einheitlichen Regelungen vor. Die Ursache für diese Abweichung ist die ursprünglich privatrechtliche Geschichte der Ersatzklassen.

Bereits auf der Mitgliedskassenebene existierten im Vorfeld der Organisationsreform organisatorische Unterschiede. Bis zur Organisationsreform versicherten die Ersatzklassen nur Versicherte, denen die Ausübung eines Wahlrechts zustand und die ihnen entsprechend auch nicht per Gesetz zugewiesen wurden. Dieser Unterschied wurde jedoch im Zuge der Organisationsreform abgeschafft. Inzwischen stehen die Ersatzklassen genauso wie die AOK,

BKK und Innungskrankenkassen den Pflichtversicherten als Versicherungsanbieter zur Verfügung.

Wenn auch nicht vom Gesetzgeber ‚verordnet‘, wird auch den Ersatzkassen vom Gesetzgeber explizit freigestellt, Verbände zu bilden. [SGB V, § 212] Gemäß dieser gesetzlichen ‚Erlaubnis‘ haben auch die Ersatzkassen Verbände mit einem vergleichbaren Aufgabenspektrum der Landes- und Bundesverbände der AOK, BKK und IKK. Insgesamt gibt es auf Ersatzkassen­seite zwei Verbände: den Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VDAK) und den Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV). Wie am Kürzel »e. V.« zu erkennen, sind die Ersatzkassenverbände im Gegensatz zu den Verbänden der AOK, BKK und IKK privatrechtlich organisiert. Der VDAK beziehungsweise der AEV vertreten ebenso wie die Landes- und Bundesverbände der AOK, BKK und IKK die Interessen ihrer Mitglieds­kassen auf Bundes- und Landesebene. [EK BV] Entsprechend sind der VDAK und der AEV die offiziellen Vertreter der Interessen der Mitglieds­kassen der Ersatzkassenart im BAÄK.

Das entscheidungstragende Organ der Landesverbände und der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK ist der ehrenamtliche Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat ist paritätisch aus Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer besetzt, die in der Regel alle sechs Jahre gewählt werden. Eine Wiederwahl ist prinzipiell möglich.³⁰ Im Verwaltungsrat der Bundesverbände müssen die Landesverbände vertreten und im Verwaltungsrat der Landesverbände sollen alle Mitglieds­kassen vertreten sein. Die Mitglieder der Verwaltungsräte der Landes- und Bundesverbände werden mittelbar von dem Verwaltungsrat der Mitglieds­kassen beziehungsweise der Landesverbände aus deren Reihen gewählt. Für die Geschäftsführung der Interessenverbände ist der hauptamtliche Vorstand zuständig, der höchstens aus drei Personen besteht. [SGB V, §§ 209, 209a, 215] [AOK BV, BKK BV, EK BV] Im Gegensatz zu den öffentlich rechtlichen Krankenkassen rekrutieren sich die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen ausschließlich aus Vertretern der Versicherten. [SGB IV, § 44] Hier übernimmt die sogenannte Mitgliederversammlung die Funktion des Verwaltungsrates. [EK BV]

³⁰Eine umfassendere Auseinandersetzung mit beispielsweise der Anzahl von Wahlhandlungen und der Wahlbeteiligung befindet sich im Artikel von Axel Murswiek. [Murswiek]

8 Korporatistische Verbändetheorie als handlungstheoretischer Bezugsrahmen

Um die Wirkung der zwei zentralen Elemente der Organisationsreform »Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit« und »Risikostrukturausgleich« auf den BAÄK einzufangen, muss zunächst geklärt werden, wie sich die Organisationsreform auf die Bundesverbände der Wahlklassen auswirkt.

Die Analyse des Durchschlagens der Organisationsreform von der Einzelkassen- auf die Bundesverbandsebene erfolgt in den nächsten drei Kapiteln. Zuerst wird mit Hilfe der korporatistischen Verbändetheorie die mit der Organisationsreform betätigte Stellschraube aus Sicht der Bundesverbände identifiziert. Daran anknüpfend werden in Kapitel 9 Annahmen über die Wahrnehmung der Wirkung der Organisationsreform aus Sicht der Bundesverbände gemacht, die zum Abschluss der Analyse in Kapitel 10 empirisch überprüft werden. Mit Blick auf den Untersuchungsleitfaden in Abbildung 9 wird mit diesen Beiträgen der mit (b) gekennzeichnete Arbeitsschritt vollzogen.

Thema der sozialwissenschaftlichen Korporatismusforschung ist nicht nur die Motivation des Staates und die Motivation der Verbände zum politischen Tausch. [Mayntz b, Scharpf c, Streeck/Schmitter, ...] Darüber hinaus beschäftigt sich die Korporatismusforschung auch mit den dort eingebundenen Interessenverbänden als Vollzugsträger staatlicher Politik. Unabhängig vom Grund der Teilnahme seitens der Interessenverbände (freiwillig oder per Gesetz mit Verhandlungszwang) gibt uns die korporatistische Verbändeforschung ein analytisches Ordnungssystem für verbandsinterne Interaktionslogiken an die Hand und spezifiziert gleichzeitig den besonderen Stil der Verbandsführung korporatistisch eingebundener Interessenverbände.

Wie der besondere Stil der Verbandsführung korporatistisch eingebundener Interessenverbände aussieht und welche verbandsinternen Interaktionslogiken innerhalb solcher Verbände bei deren Interessenverfolgung eine Rolle spielen, wird in den zwei folgenden Abschnitten beschrieben. Die nähere Betrachtung beider Module soll helfen, die Perspektive zu spezifizieren, aus der Handlungsoptionen der Bundesverbände der Wahlklassen im BAÄK erwogen werden. Unter Berücksichtigung dieses spezifischen Blickwinkels der Bundesverbände der Wahlklassen im BAÄK wird dann in Abschnitt 8.3 überlegt, inwiefern die Organisationsreform die Handlungssituation der Bundesverbände verändert haben dürfte.

Die Bundesverbände der Wahlklassen als korporative Interessenverbände sind Organisationen mit einer Verbandsführung, die für zweckgerichtetes Handeln ihrer Organisation

sorgt. Entsprechend basiert die korporatistische Verbändeforschung, wie übrigens auch der Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus, auf der Annahme mit zweckgerichteten Akteuren zu tun zu haben. So dass beide Ansätze rational-choice-artig angewendet werden.

8.1 Verbände als Interessen»unternehmer«

Die korporatistische Verbändeforschung beschreibt Gruppeninteressen als aus ihrer Organisation heraus entstehend. Das heißt, kollektive Interessen sind nicht gegeben, sondern sie werden in einem von den Verbänden strukturierten Prozess »definiert«.

Um den aktiven Beitrag der organisierten Artikulation zu betonen, verwenden Korporatismusforscher den Begriff der Interessen»vermittlung«. In Abgrenzung hierzu fassen pluralistische Theorien Verbände im allgemeinen als Agenturen von Interessenvertretung auf. Hierauf bezugnehmend präzisiert Wolfgang Streeck den Sachverhalt wie folgt: „Die für pluralistische Theorien charakteristische Annahme gegebener individueller Präferenzen und Ansprüche, die dann zu Verbandsbildung führen, wenn sie bei mehreren Individuen gleichzeitig auftreten, wird im korporatistischen Ansatz zugunsten einer Vorstellung gesellschaftlich institutionalisierter kollektiver Handlungspotentiale aufgegeben, die den transzendentalen Rahmen einer Produktion kollektiver Interessen aus mehr oder weniger vagen individuellen Motiven einerseits und gegebenen unterschiedlichen Durchsetzungsmöglichkeiten für unterschiedliche Interessendefinitionen andererseits bilden.“[Streeck d, 12]

Entsprechend dieser Definition werden korporatistische Gruppeninteressen in Reaktion auf institutionalisierte Handlungspotentiale »entdeckt«. Das heißt, wenn kollektive Interessen als nicht gegeben identifiziert werden, besteht die Möglichkeit beziehungsweise die Notwendigkeit an ihrer Findung aktiv mitzuwirken. Korporative Interessenverbände werden damit zu Interessenunternehmen, die Gruppeninteressen »erfinden« und auf einem »Interessenmarkt« anbieten. [Streeck d, 13] Auf diese Weise werden individuelle Interessen in einheitliche Gruppeninteressen transformiert.

Konstitutiv für die Praxis verbandlicher Ordnungskraft ist daher nicht die ungebrochene Vertretung von Mitgliederinteressen, sondern deren Vermittlung. Die Interessenvermittlung ist Ergebnis eines komplexen innerorganisatorischen Bearbeitungsprozesses, bei dem vielfältige externe Daten unter Berücksichtigung erwarteter Reaktionen und organisationaler Durchsetzungsinteressen durch interne Selektionsmechanismen in verbandliche Politiken und Strategien transformiert werden. Wichtig für den Ausgang der Transformation ist die Binnenstruktur, die gesamtgesellschaftliche Position, die historisch gewachsene Organisati-

onskultur der beteiligten Organisationen und die vom Staat zugebilligten organisatorischen Zwangsmittel. [Streeck d, Streeck a]

8.2 Intermediäre Organisation

Mit dem Begriff der intermediären Organisation werden Verbände bezeichnet, die zugleich Mitglieder sind und Mitglieder haben. Die korporatistische Verbändeforschung macht in diesem Zusammenhang auf ein Spannungsverhältnis zwischen mindestens zwei Umwelten aufmerksam: „der Lebenswelt ihrer Mitglieder einerseits und den institutionellen Bedingungen, unter denen ein Verband seine Ziele zu verwirklichen sucht, andererseits.“³¹ [Streeck a, 288]

Die Interaktion des Interessenverbandes mit diesen zwei Umwelten folgt verschiedenen Logiken. Für das Verhältnis intermediärer Organisationen mit ihrer sozialen Basis ist der Begriff der »Mitgliedschaftslogik« (logic of membership) und für das Verhältnis zwischen Interessenorganisation und politischen Institutionensystem im weitesten Sinne der »Einflusslogik« (logic of influence) vorgeschlagen worden. [Schmitter/Streeck] Der Begriff der »Mitgliedschaftslogik« bezeichnet den Austauschprozess zwischen Organisation und ihren Mitgliedern und bezieht sich meist auf mikrosoziologische Probleme der Sozialintegration. Der Begriff der »Einflusslogik« beschreibt die Austauschlogik der Verbände mit dem Staat und/oder dem Gegenverband und bezieht sich auf makrosoziologische Probleme der Systemintegration. [Streeck b, 226] Aus beiden Austauschlogiken ergeben sich jeweils spezifische Konsequenzen für die Wahl von Strategien der Interessenorganisation.

Die Mitgliedschaftslogik sowie die Einflusslogik stehen prinzipiell gleichberechtigt nebeneinander, denn beide sind für die Vertretung der Mitgliederinteressen funktionalisiert. Beide Aufgabenbereiche sind miteinander verknüpft und stehen in einem Wechselverhältnis zueinander. [Abromeit]

Für die Handlungsorientierung des jeweiligen Interessenverbandes sind zahlreiche Kombinationen unterschiedlichster Gewichtsverteilung bezüglich der zwei Verbandslogiken vorstellbar und Verbandshandeln erscheint in diesem Licht als permanentes Provisorium und ist in diesem Zusammenhang von einer kreativen politisch anspruchsvollen Verbandsführung in der Rolle des Interessen»unternehmers« abhängig. [Streeck d, 13ff.] Während die Interessen der Mitglieder an reduzierter Unsicherheit und proportionaler Beteiligung die Mitgliedschaftslogik eines intermediären Interessenverbandes prägen, sind die Orientierungs-

³¹Dieses Phänomen wurde von Schmitter und Streeck bereits Anfang der 1980er Jahre in ihrer Korporatismusforschung erkannt und berücksichtigt. [Schmitter/Streeck]

parameter gemäß der Einflusslogik in organisatorischer Entwicklung, Expansion, Stabilität, strategischer Unabhängigkeit und Karriere der Verbandsführung zu verorten. [Schmitter, 199ff.]

Aus Sicht der Verbandsführung ist es vorstellbar, dass einerseits durch die intermediär geprägte Strategiewahl des Interessenverbandes das Eigennutzkalkül der Mitglieder in ein einflusslogisches Kalkül transformiert wird und andererseits systemlogisch geprägte Interessen wie beispielsweise längerfristige Anpassungen an die Strategien des Gegenverbandes in Eigennutzkalküle der Mitglieder transformiert werden. [Lehmbruch]

Entscheidend für die Wahl des Umgangs der Verbandsführung mit der spannungsgeladenen Beziehung zwischen Mitgliedschaftslogik und Einflusslogik ist die verbandliche Verpflichtungsfähigkeit gegenüber den Mitgliedern des Verbandes. Verbandliche Verpflichtungsfähigkeit meint das Ausmaß der Folgebereitschaft der Mitglieder bezüglich der zwischen den Verbandsspitzen ausgehandelten Kollektivverträge und ist das zentrale Austauschmedium von Interessenverbänden auf der Ebene von Kollektivverhandlungssystemen. Die Verpflichtungsfähigkeit des Verbandes gegenüber seinen Mitgliedern ist erreicht, wenn es dem Verband gelingt, hinreichend wichtig für deren Interessenrealisierung zu sein. Für das Erreichen von Verpflichtungsfähigkeit stehen Verbänden drei Optionen zur Verfügung: Solidarität, Zwang und selektive Anreize. [Traxler/Vobruba, 9ff.] [Abromeit, 39f.]

Solidarität wird mittels Ideologie erzeugt. Nach Max Weber handelt es sich hierbei um wertrationales Handeln. [Weber b, 62ff.] Solidarität als Option ist besonders für Verbände mit freiwilligen Mitgliedern relevant und nützt den Verbänden allerdings umso weniger, je rationaler ihre potentiellen Mitglieder handeln, denn Solidarität impliziert „die Zurückstellung der Eigeninteressen zugunsten der gemeinsamen Interessen als handlungsleitendes Prinzip.“ [Traxler/Vobruba, 9]

Zwang ist die zweite und einfachste Möglichkeit, Mitglieder zu verpflichten. Verpflichtungsfähigkeit wird in diesem Fall mit Zwangsmitteln erreicht, wie Bußgeld oder eben auch durch vom Staat zugebilligte Zwangsmitgliedschaften.

Das Angebot von Selektiven Anreizen ist die letzte Option zum Erreichen von Verpflichtungsfähigkeit des Verbandes gegenüber seiner Mitglieder. Unter Selektiven Anreizen werden Leistungen verstanden, die ausschließlich den Mitgliedern des Verbandes vorbehalten sind. Voraussetzung ist hier allerdings, dass der Nutzen der selektiven Güter höher ist, als die Kosten, die dem Mitglied durch Ausschluss davon erwachsen würden.³²

³²Das Prinzip ist das Gleiche wie beim Tausch zwischen Verbänden und Staat, der in Kapitel 5 kurz beschrieben wurde.

8.3 Stellschrauben der Organisationsreform und die Handlungssituation danach

Wie bereits bei der Beschreibung der institutionellen Rahmenbedingungen der Krankenkassen im BAÄK angedeutet, sorgt die Krankenkassenwahlfreiheit zusammen mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) nicht nur für die Etablierung von reguliertem Wettbewerb auf der Mitgliedskassenebene. Die Organisationsreform beziehungsweise ihr Wettbewerbselement »Krankenkassenwahlfreiheit« verändert gleichzeitig den institutionellen Kontext der am BAÄK teilnehmenden Wahlkassen. Betroffen von dieser institutionellen *Veränderung* sind allerdings nur die Wahlkassenarten: Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK).

Für die Ersatzkassen bestand bereits vor der Organisationsreform Wahlfreiheit, die jedoch noch nicht für die Gesamtheit der potentiellen Versicherungsnehmer galt. Diese Einschränkung wurde ebenfalls 1992 mit einer anderen Maßnahme im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes aufgehoben. Das heißt, die Interessenvertretungen der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK wurden durch die Organisationsreform überhaupt erst für mitgliedschaftslogisch geprägte Interessen geöffnet und die Interessenvertretung der Verbände der Ersatzkassen war bereits für diese Art von Interessen geöffnet. Einzige Veränderung für die Ersatzkassen war demnach, dass sie seit der Organisationsreform mit den Mitgliedskassen der AOK, BKK und IKK um Versicherte aus demselben Versichertenpool konkurrieren müssen.

Warum die Einführung von Krankenkassenwahlfreiheit die Interessenvertretung der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK überhaupt erst für mitgliedschaftslogisch geprägte Interessen öffnet und wie sich die Handlungssituation aus Sicht aller vier Bundesverbände der Wahlkassen nach der Organisationsreform darstellen müsste, wird im Folgenden erläutert. Dabei wird auf die oben zusammengetragenen Erkenntnisse der korporatistischen Verbändeforschung zurückgegriffen.

Die vor der Organisationsreform von 1992 praktizierte Zwangszuweisung von Pflichtversicherten der GKV war ein vom Staat den Bundesverbänden der AOK, BKK und IKK zur Verfügung gestelltes organisatorisches Zwangsmittel. Dieses Zwangsmittel half, die Folgebereitschaft ihrer Mitglieder bezüglich der zwischen den Verbandsspitzen der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgehandelten Kollektivverträge zu garantieren. Solche organisatorischen Zwangsmittel werden im Rahmen der Korporatismusforschung als Versuch des Staates interpretiert, die betreffenden Verbände von ihrem impliziten Organisationsziel: der Vertretung der egoistischen Interessen ihrer Klientel, zu entlasten und dafür (sozusagen

im Tausch) Verbandsinteressen zu erhalten, die sich an gesamtgesellschaftlichen Interessen orientieren, die dann wiederum den Staat mit Blick auf seine Aufgabe der gemeinwohlorientierten Gesellschaftssteuerung entlasten. [Mayntz b] [Streeck/Schmitter, 140] [Landmann, 12ff.] Das Tauschangebot von Seiten des Staates kann neben solchen organisatorischen Stabilisierungsmaßnahmen auch das Einräumen politischer Mitspracherechte beinhalten, die allerdings keine so direkte Verbändeentlastung wie die Garantie von Zwangsmitgliedschaften bieten. Die Entscheidung der Verbände zum Tauschhandel mit dem Staat gelingt nur, weil die korporatistisch einzubindenden Verbände nicht nur der Mitgliedschaftslogik, sondern auch der Einflusslogik entsprechen.

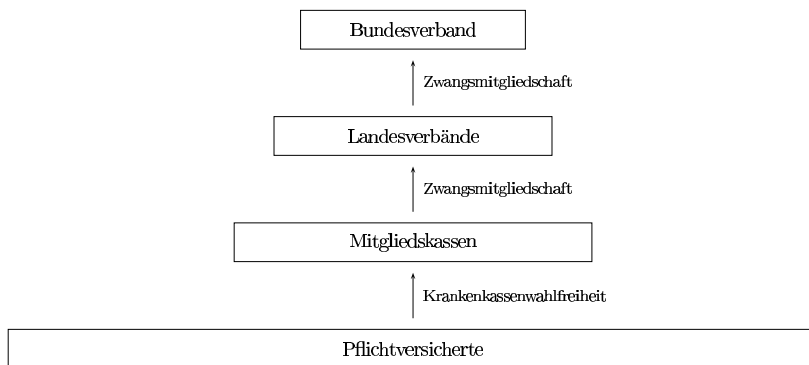
Im Fall der korporatistisch organisierten Leistungsregulierung der GKV bot und bietet der Staat im Prinzip Beides zum Tausch an: organisatorische Stabilisierungsmaßnahmen sowie politische Mitspracherechte. Dieses Tauschangebot wurde vom Staat mit der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit und der dazu parallel laufenden sukzessiven Erweiterung der Mitspracherechte der gemeinsamen Selbstverwaltung bezüglich seiner Gewichtung verändert. Während mit der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit das organisatorische Zwangsmittel: Zwangszuweisung von GKV-Pflichtversicherten, für die unterste organisatorische Ebene der drei Wahlklassen AOK, BKK und IKK komplett gestrichen wurde, wurde das Angebot der politischen Mitspracherechte für alle vier Wahlklassen aufgestockt.³³

Aus Sicht der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK werden zwar durch die Aufstockung der politischen Mitspracherechte weiterhin auch einflusslogisch orientierte Interessen innerhalb dieser Bundesverbände angesprochen, allerdings dürfte sich die Notwendigkeit zur Berücksichtigung von mitgliedschaftslogisch orientierten Interessen bei ihren Interessenvermittlungsprozessen verändert haben. Der Entzug des organisatorischen Zwangsmittels »Zwangszuweisung von GKV-Pflichtversicherten« zwingt die betroffenen Verbände dazu, die bisher praktizierte Gewichtung der zwei Verbandslogiken »Mitgliedschafts- und Einflusslogik« bei ihren jeweiligen Interessenvermittlungsprozessen zu überdenken.

Wie in den Abschnitten 8.1 und 8.2 beschrieben, sind korporative Verbände und damit auch die Bundesverbände der Wahlklassen Interessen»unternehmer«, deren Interessenangebote auf ihrem jeweiligen Interessenmarkt spezielle Mischungsverhältnisse bezüglich der Berücksichtigung von Mitgliedschafts- und Einflusslogik aufweisen. Entscheidend für die

³³Eine Erweiterung der Mitspracherechte der gemeinsamen Selbstverwaltung geschah beispielsweise im Zuge des GRG von 1988, als den Beschlüssen der Bundesausschüsse der Zahnärzte bzw. Ärzte und Krankenkassen vom Gesetzgeber eine untergesetzliche Richtlinienkompetenz zugesprochen wurde und im Zuge des GRG von 2000, als die Regelungskompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer auf den stationären Bereich und der Organisation der Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Bereich ausgeweitet wurde. Siehe Kapitel 5.

Abbildung 11: Krankenkassenwahlfreiheit innerhalb der organisatorischen Struktur der AOK, BKK und IKK



Quelle: [SGB V, §§ 173, 207, 212]

Wahl des Umgangs der Verbandsführung mit der spannungsgeladenen Beziehung zwischen der Mitgliedschaftslogik und der Einflusslogik ist die verbandliche Verpflichtungsfähigkeit, die im Fall der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK durch die Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit betroffen ist.

Zwang als Mittel der Verpflichtungsfähigkeit war außer bei den Ersatzkassen vor der Organisationsreform auf allen Ebenen in der organisatorischen Struktur der drei Wahlkassenarten zu finden und wurde im Zuge der Organisationsreform für die unterste Organisationsebene gestrichen. In Abbildung 11 ist die mit der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit betätigte Stellschraube innerhalb der organisatorischen Struktur der AOK, BKK und IKK anschaulich verortet. Entsprechend bindet Zwang nur noch die Mitgliedskassen der Wahlkassenarten AOK, BKK und IKK an ihre Landesverbände und die entsprechenden Landesverbände an den Bundesverband. Dagegen wurde die Zwangszuweisung von Versicherten zu ihren Mitgliedskassen gestrichen. Dadurch sind die Mitgliedskassen nach der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit zu bisher unbekannten Überlegungen genötigt, wie sie ihre Versicherten halten und neue Versicherte hinzugewinnen können.

Mit Blick auf die Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit als Instrument, das die bis-

her übliche Erreichung von verbandlicher Verpflichtungsfähigkeit der Bundesverbände der AOK, BKK und IKK durch Zwangszuweisung beeinträchtigt, ist zu erwarten, dass sich die Interessenvermittlungsangebote der Bundesverbände nun stärker an mitgliedschaftslogisch geprägten Interessen orientieren. Auch wenn die Streichung der Zwangszuweisung nur die unterste Organisationsebene betrifft, bleibt diese Annahme plausibel. Das heißt, im Vorfeld der Organisationsreform dürften einflusslogische Kalküle die Interessenvermittlungsprozesse der betroffenen Bundesverbände dominiert haben, deren ausschließliche Vertretung nach der Organisationsreform von den Bundesverbänden überdacht werden muss.

Für die gefragte Handlungssituation der Bundesverbände aller vier Wahlklassen nach der Organisationsreform heißt das, dass die Interessenvermittlungsprozesse dieser Verbände gleich offen für mitgliedschaftslogisch orientierte Interessen sind. Während die von den Bundesverbänden der AOK, BKK und IKK angebotene Interessenvertretung erst durch die Organisationsreform geöffnet wurde, war die Interessenvertretung der Ersatzkassenverbände bereits geöffnet. Das heißt, dass die Organisationsreform nicht nur für Wettbewerb auf der Mitgliedskassenebene der Wahlklassen sorgt, sondern auch gleichzeitig für eine wahlklassenübergreifende Anpassung der Sensitivität ihrer Interessenvermittlungsprozesse bezüglich mitgliedschaftslogisch orientierter Interessen sorgt. So legt es zumindest die ‚Theorie‘³⁴ der korporatistischen Verbändeforschung nahe.

Unter Berücksichtigung der zu Anfang des vorliegenden Abschnitts thematisierten Angleichung der Versichertenklientel aller vier Wahlklassen befinden sich die Bundesverbände der AOK, BKK, IKK und Ersatzkassen seit der Organisationsreform in einer vergleichbaren Ausgangssituation. Ihre Interessenvermittlungsprozesse sind für mitgliedschaftslogisch orientierte Interessen geöffnet und die für die inhaltliche Ausrichtung der Mitgliedschaftslogik zuständigen Mitgliedskassen befinden sich im Wettbewerb um die gleiche Versichertenklientel.

Aus Sicht der Bundesverbände der Wahlklassen müsste damit Interesse an den Interessen ihrer Mitgliedskassen bestehen, deren Wahrnehmung auf Bundesverbandsebene für die Findung bestimmter kollektiver Interessen sorgen müsste. Mit Blick auf das verbändepolitische Teilziel der Organisationsreform, müsste sich die durch die Mitgliedskassen beeinflussten neuen Kollektivinteressen durch ein Interesse an Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Wahrung des Qualitätsniveaus auszeichnen.

Mit welchen Interessen es die Bundesverbände auf Mitgliedskassenebene tatsächlich zu tun

³⁴Da es sich beim Korporatismuskonzept um eine Reflexion realweltlicher Veränderungen in liberal-demokratischen Regierungssystemen handelt, spricht man im Zusammenhang mit Korporatismus nicht unbedingt von einer Theorie. [Czada, 41f.]

haben und wie sich diese Interessen auf ihre Interessenvertretung im BAÄK auswirken dürften, ist das Thema des nächsten Kapitels.

9 Mitgliedschaftslogische Ansprüche an Interessendefinitionen der Bundesverbände der Wahlklassen

Die im vorigen Kapitel ermittelte Handlungssituation der Bundesverbände der Wahlklassen nach der Organisationsreform legt nahe, dass sie die Interessen ihrer Mitgliedskassen berücksichtigen müssen. Zumindest erfordert dies ihre verbandstheoretische Rolle als Interessenunternehmer beziehungsweise Interessenvermittler. Welche Interessen die Mitgliedskassen unter den neuen Wettbewerbsbedingungen haben und wie sich diese Interessen auf die Interessenvertretung der Wahlklassen im BAÄK niederschlagen dürften, soll im Folgenden beantwortet werden.

Zuerst gilt es, in Erfahrung zu bringen, wie sich die Instrumente »Krankenkassenwahlfreiheit« und »Risikostrukturausgleich« auf der Mitgliedskassenebene auswirken. Die mit diesen Instrumenten auf Mitgliedskassenebene etablierte Wettbewerbssituation wird anhand von Ergebnissen bereits durchgeführter Untersuchungen beschrieben. Mit Blick auf die drei zur Verfügung stehenden Optionen zur Erreichung von Verpflichtungsfähigkeit dürften den Mitgliedskassen nur die sogenannten »selektiven Anreize« zur Verfügung stehen, um die im Zuge der Einführung von Krankenkassenwahlfreiheit gestrichene Zwangsoption halbwegs erfolgversprechend zu kompensieren. Wie diese Option der einzelnen Mitgliedskassen inhaltlich gefüllt werden könnte, wird in Abschnitt 9.2 von ihrer Wettbewerbssituation abgeleitet. Hierauf aufbauend wird dann im nächsten Abschnitt überlegt, inwiefern die auf diese Weise identifizierten Interessen auf Mitgliedskassenebene den leistungsregulierenden Aufgabenbereich ihrer jeweiligen Bundesverbände betreffen und welche Interessen dadurch auf Bundesverbandsebene wahrgenommen werden müssten, die dann wiederum in deren kollektiven Interessendefinitionen ihren Niederschlag finden müssten. Ob sich diese Interessen auch tatsächlich in den von den Bundesverbänden der Wahlklassen angebotenen Interessendefinitionen wiederfinden, wird dann Gegenstand der empirischen Untersuchung im darauf folgenden Kapitel sein.

9.1 Zur Wettbewerbssituation der Mitgliedskassen

Die Wettbewerbssituation der einzelnen Mitgliedskassen wird maßgeblich durch den Umfang sowie der Qualität des tatsächlichen Gebrauchs der Krankenkassenwahlfreiheit und der tatsächlichen Ausgleichswirkung des RSA bestimmt. Die Erfassung der de facto Ausgleichswirkung des RSA hilft bei der Eingrenzung der für die Mitgliedskassen der Wahlkassen zur Debatte stehenden Wettbewerbsfelder und die Erfassung des Ausmaßes beziehungsweise der Qualität des Gebrauchs der Krankenkassenwahlfreiheit hilft bei der Einschätzung des Wettbewerbsdrucks auf die Mitgliedskassen.

Im Gegensatz zur Krankenkassenwahlfreiheit gilt der RSA nicht nur für die Wahlkassen. Außer den landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen alle übrigen Krankenkassen am RSA teil.³⁵ Die Wettbewerbssituation der einzelnen Wahlkassen nach Umsetzung der Krankenkassenwahlfreiheit und des RSA war bereits Gegenstand anderer Untersuchungen, so dass zur Beschreibung der gefragten Wettbewerbssituation auf deren Ergebnisse zurückgegriffen werden kann.

9.1.1 Regulierungseffekte des Risikostrukturausgleichs

Der Erfolg des Risikostrukturausgleichs (RSA) misst sich im Großen und Ganzen an der erfolgreichen Umsetzung der sogenannten Beitragssatzgerechtigkeit.

Beitragssatzgerechtigkeit im Sinne der mit der Einführung von reguliertem Wettbewerb intendierten Umsetzung des kombinierten Solidaritäts- und Wettbewerbsprinzips heißt nicht etwa, dass es einen einheitlichen Beitragssatz geben soll, sondern dass die Beitragssatzunterschiede nicht auf die unterschiedliche Risikostruktur der einzelnen Krankenkassen zurückzuführen sind. Die Unterschiede zwischen den Beitragssätzen sollen im Idealfall entsprechend der Konzeption des Krankenkassenwettbewerbs ausschließlich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsunterschiede der Krankenkassen reflektieren. [Jacobs et al., 12ff.] Gemäß einschlägiger Expertenmeinungen funktioniert der während des hier fokussierten Untersuchungszeitraums praktizierte RSA mit Blick auf dieses Ziel nicht zufriedenstellend. [Cassel/Janßen, Jacobs et al., Kasper]

Das Hauptproblem ist, dass sich die Risikostrukturen der Krankenkassen nach Umsetzung der Organisationsreform als nicht wirklich beitragsatzneutral herausstellten. Das heißt es existieren (wenn auch durch den RSA gedämpft) Anreize zur Risikoselektion für die Krankenkassen, die allerdings nur verdeckt umgesetzt werden kann. Hier sind zwei Arten

³⁵Mehr Informationen zur Ausgestaltung der Maßnahmen »Krankenkassenwahlfreiheit« und »Risikostrukturausgleich« sind in Kapitel 2 nachzulesen.

von Anreizen zur Risikoselektion zu unterscheiden. Zum einen lohnt sich Risikoselektion bezüglich aller im RSA berücksichtigten Risiken aufgrund der technischen Umsetzung mit Durchschnittswerten und zum anderen existieren aufgrund der inhaltlichen Ausgestaltung des RSA beitragsatzrelevante Morbiditätsrisiken außerhalb der derzeit berücksichtigten Risiken Alter und Geschlecht.

Mit dem Ziel ein Gefühl für die Problematik der Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion durch die einzelnen Krankenkassen zu bekommen, wird im Folgenden die wissenschaftliche Beweisführung hierzu kurz zusammenfasst. Als Erstes wird die technische Umsetzung des RSA beschrieben. Anschließend werden Ergebnisse quantitativer Untersuchungen vorgestellt, anhand derer die tatsächliche Ausgleichswirkung und der Sättigungsgrad des RSA nachgewiesen und dementsprechend als nicht beitragsatzgerecht beurteilt werden. Zuletzt werden die für die einzelnen Krankenkassen nach Abzug der RSA-Regulierungswirkung zur Debatte stehen Wettbewerbsfelder benannt.

Der RSA ist kassenartenübergreifend als ein jährlicher Finanzausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen konzipiert. Der während des hier fokussierten Untersuchungszeitraums praktizierte RSA zielt auf die Sicherung von Solidarität zwischen Besserverdienenden mit Schlechterverdienenden, zwischen Jüngeren und Älteren, zwischen Ledigen und Kinderlosen mit Familien mit Kindern und zwischen Männer und Frauen ab.³⁶ Während es sich bei Alter und Geschlecht um Morbiditätsrisiken handelt, handelt es sich bei den zwei anderen Risiken um Einkommensrisiken für die Krankenkassen. [Kasper, 31ff.]

Von 1994 bis 1998 wurde der RSA nach den Rechtskreisen West und Ost getrennt vollzogen.³⁷ Einnahmen- und Ausgabenunterschiede, die auf eine günstigere beziehungsweise schlechtere Risikostruktur bezüglich der vier oben genannten Risiken zurückzuführen ist³⁸, werden finanziell ausgeglichen und mit dem RSA theoretisch neutralisiert. Das heißt, jede Krankenkasse müsste finanziell so gestellt sein, als hätte sie eine durchschnittliche

³⁶Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom Dezember 2001 wurden Veränderungen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs verfügt. Unter anderem werden ab 2002 bestimmte chronische Erkrankungen und seit 2003 Aufwendungen für die stationäre Versorgung und Arzneimittelversorgung berücksichtigt. Für 2007 ist eine vollständige Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden der in den jeweiligen Krankenkassen gesetzlich Versicherten geplant. [DB a]

³⁷Zur Sicherstellung der finanziellen Situation der GKV-Ost wurde mit dem GKV-Solidaritätsgesetz für 1999 zunächst ein bundesweiter Ausgleich auf der Einnahmenseite (Finanzkraftausgleich) eingeführt. Seit 2001 wird auch die Ausgabenseite (Beitragsbedarf) berücksichtigt.

³⁸Die Versicherungsbeiträge werden anhand von Prozentsätzen ermittelt, so dass mit der Höhe der Einkommen die Beiträge proportional ansteigen. Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu, den für die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen anfallenden Ausgaben stehen keine zusätzlichen Einnahmen gegenüber und es existieren geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme einzelner Leistungsarten.

Risikobelastung. Zur Berechnung der durchschnittlichen Risikobelastung werden bundesdurchschnittliche Ausgabenstandards festgelegt und es wird zwischen Beitragsbedarf³⁹ und Finanzkraft⁴⁰ einer Krankenkasse unterschieden.

Im Beitragsbedarf soll sich die Höhe der Leistungsausgaben einer Krankenkasse wieder spiegeln, die ihr unter Zugrundelegung ihrer spezifischen Versichertenstruktur im GKV-Durchschnitt entstehen. Dafür werden die GKV-Versicherten 670 sogenannten RSA-Risikogruppen zugeordnet, die basierend auf Unterschieden in Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente und Krankengeldanspruch gebildet wurden. [Jacobs et al., 63] Für jede Risikogruppe werden durchschnittliche pro-Kopf-Ausgaben ermittelt. Die Summe der den verschiedenen Risikogruppen zugeordneten Versicherten bestimmt dann den Beitragsbedarf einer Kasse i (B_i). [SGB V, § 266 Abs. 2] Entsprechend haben beispielsweise Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich jungen Versichertenstruktur einen vergleichsweise geringen Beitragsbedarf pro Kopf ihrer Versicherten und Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen eher älteren Versicherten einen relativ hohen Beitragsbedarf pro Kopf ihrer Versicherten. Keine Berücksichtigung finden satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. [SGB V, § 266 (4) Satz 2]

Die Summe der einzelnen Beitragsbedarfe der Krankenkassen dividiert durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder ergibt dann den sogenannten GKV-einheitlichen Ausgleichsbedarfssatz (\bar{b}), mit dessen Hilfe die Finanzkraft einer Krankenkasse ermittelt wird. Der Ausgleichsbedarfssatz gibt an, wie hoch der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder durchschnittlich sein muss, um die mit dem RSA auszugleichenden Leistungsausgaben zu finanzieren. 2001 lag der Ausgleichsbedarfssatz bei zirka 12,7 Prozent. [Jacobs et al., 63] Für die Ermittlung der Finanzkraft einer Krankenkasse i (F_i) wird der Ausgleichsbedarfssatz auf die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen jeder einzelnen Krankenkasse bezogen. Dementsprechend haben Krankenkassen, für die eine hohe Finanzkraft ausgerechnet wurde, hohe beitragspflichtige Einnahmen, die beispielsweise aus hohen Einkommen der Versicherten resultieren.

Die Höhe der RSA-Transfers (T_i) zwischen den Krankenkassen ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Finanzkraft und dem Beitragsbedarf einer Krankenkasse. Ist der Beitragsbedarf einer Krankenkasse höher als ihre Finanzkraft erhält diese Krankenkasse den Differenzbetrag aus dem RSA und ist die Finanzkraft größer muss die entsprechende Krankenkasse den Differenzbetrag in den RSA einzahlen. [Jacobs et al., 62f.] [Kasper, 38f.] Die

³⁹Betrifft die Ausgabenseite einer Krankenkasse.

⁴⁰Betrifft die Einnahmenseite einer Krankenkasse.

Tabelle 5: Berechnung des Risikostrukturausgleichs

$B_i = \sum_j^k \overline{C_{ij}}$	Beitragsbedarf einer Kasse i
$\bar{b} = \frac{\sum_i^n B_i}{\sum_i W_i}$	Ausgleichsbedarfssatz
$F_i = \bar{b} \times W_i$	Finanzkraft einer Kasse i
$T_i = F_i - B_i$	Höhe des RSA-Transfers
$i = 1, \dots, n$	Krankenkassen in der GKV
$j = 1, \dots, k$	Versichertengruppen
W_i	Summe der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder einer Kasse i
$\overline{C_{ij}}$	standardisierte Leistungsausgaben der Versichertengruppe j in der Kasse i

Quelle: [Kasper, 38ff.]

der Berechnung des RSA zugrundeliegenden Algorithmen sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Die bisher umfangreichste Analyse der tatsächlichen Ausgleichswirkung des RSA sind die sehr aufwendigen, quantitativen Untersuchungen des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Kooperation mit Dieter Cassel und Jürgen Wasem. [Jacobs et al.] Diese Untersuchungen basieren auf Einzelkassendaten und wurden anlässlich eines Gutachtenauftrags des Bundesministeriums für Gesundheit vorgenommen.

Im Gegensatz zu Versuchen, über die Angleichung der Beitragssätze der Krankenkassen⁴¹ oder der Betrachtung der Risikoverteilung zwischen den Krankenkassen Rückschlüsse auf die Ausgleichswirkung des RSA zu ziehen, gingen die Wissenschaftler einen anderen Weg.

⁴¹Auf Einzelkassen- oder auch auf Kassenartenebene.

Tabelle 6: Mittlere ausgabendeckende Beitragssätze ohne⁴² und mit⁴³ RSA im Jahr 1999 in % — Krankenkassentypen kategorisiert nach Beitragsbedarf und Finanzkraft

Krankenkassentyp		Beitragssätze	Beitragssätze
Finanzkraft	Beitragsbedarf	ohne RSA	mit RSA
niedrig	niedrig	n. a.	n. a.
niedrig	mittel	18,2	12,5
niedrig	hoch	20,7	13,3
mittel	niedrig	11,0	12,8
mittel	mittel	13,9	12,7
mittel	hoch	20,1	13,2
hoch	niedrig	7,5	12,1
hoch	mittel	9,4	12,3
hoch	hoch	13,2	12,2

n. a.: nicht ausgewiesen

Quelle: [Jacobs et al., 32]

Sie stellten Beitragssätze ohne und mit RSA ausschließlich auf Einzelkassenebene unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Beitragsbedarfe und ihrer jeweiligen Finanzkraft einander gegenüber und verglichen die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen mit tatsächlich ausgeglichenen Teil-Beitragsbedarfen. Die Interpretation der Ergebnisse wurde mit Blick auf die Wachstumsraten vorgenommen. Die zentralen Ergebnisse sind in den Tabellen 6 und 7 dargestellt.

Der Vergleich der rechnerischen Beitragssätze, die die Krankenkassen ohne RSA kalkulieren müssten, mit den Beitragssätzen unter RSA-Bedingungen für das Jahr 1999 zeigt (Tabelle 6), dass der RSA durchaus dazu beiträgt, risikostrukturbedingte Unterschiede in den Beitragssätzen abzubauen. Es zeigt sich, dass vor allem Krankenkassen mit niedriger Finanzkraft deutlich höhere Beitragssätze ohne den RSA hätten erheben müssen. Bei Kran-

⁴²Anmerkung zu Spalte 2: Allgemeiner Beitragssatz, d. h. ermäßigte und erhöhte Beitragssätze wurden ignoriert; RSA nach Rechtslage am 01.01.2000, jedoch getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West und ohne Finanzausgleiche nach §§ 265/265a; ohne Berücksichtigung von Zinserträgen oder -zahlungen; Stichtagsregelung für KVD-R-Beiträge ignoriert; ohne Aufbau von Betriebsmitteln bei neu errichteten Krankenkassen.

⁴³Anmerkung zu Spalte 3: Teil-Beitragssatz für RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach dem Status quo des RSA (Rechtslage 01.01.2000).

⁴⁴Eine Ausgabenposition ist das Verhältnis der tatsächlichen Ausgaben in einem Leistungsbereich zu dem im RSA berücksichtigten Teil-Beitragsbedarf.

Tabelle 7: Vergleich ausgewählter Ausgabenpositionen⁴⁴ von Krankenkassen mit ihrer Wachstumsrate von 1995 bis 1999 in %

Wachstumsfaktor der Krankenkassen von 1995 bis 1998	Ausgabenposition Arzneimittel	Ausgabenposition stationäre Versorgung
> 20	79,0	70,3
> 10 bis ≤ 20	81,9	75,0
> 5 bis ≤ 10	80,8	79,5
> 2 bis ≤ 5	88,3	83,5
> 1 bis ≤ 2	97,7	92,0
≤ 1	101,0	102,8

Quelle: [Jacobs et al., 40]

kenkassen mit mittlerer Finanzkraft ist der Beitragsbedarf für die Differenz zwischen den Beitragsätzen mit RSA und den Beitragsätzen ohne RSA ausschlaggebend. Während hier Krankenkassen mit einem hohen Beitragsbedarf große Unterschiede zwischen den Beitragsätzen aufweisen, weisen die Beitragssätze bei einem niedrigen beziehungsweise mittleren Beitragssatz nur sehr geringe Unterschiede auf. Ferner ist eine relativ starke Ausgleichswirkung des RSA für Krankenkassen mit hoher Finanzkraft festzustellen. Krankenkassen mit hoher Finanzkraft und niedrigen beziehungsweise mittleren Beitragssatz sahen sich offensichtlich gezwungen, ihre Beitragssätze als Konsequenz des RSA anzuheben. Auch sprechen die geringen Unterschiede zwischen den Beitragssätzen ohne und mit RSA bei Krankenkassen mit hoher Finanzkraft und hohen Beitragsbedarf eine deutliche Sprache bezüglich der Ausgleichswirkung des RSA.

Inwieweit diese deutlich nachweisbare Ausgleichswirkung Rückschlüsse auf eine hinreichende Abdeckung von Morbiditätsrisiken zulässt, wird vom IGES und seinen Kooperationspartnern anhand des Verhältnisses der tatsächlichen Ausgaben in einem Leistungsbereich zu dem entsprechend angerechneten Teil-Beitragsbedarf beurteilt.

Die Gegenüberstellung der tatsächlichen Ausgaben im Arzneimittelbereich und im stationären Bereich mit dem im Zuge des RSA veranschlagten Teil-Beitragsbedarfs zeigt (Tabelle 7), dass die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen, die keine neuen Mitglieder gewonnen beziehungsweise sogar Mitglieder verloren haben, nicht mit dem errechneten Teil-Beitragsbedarf gedeckt werden. Beim Beispiel der stationären Versorgung ist die Diskrepanz am deutlichsten. Während hier die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen, die um mehr als das Zwanzigfache gewachsen sind, im Durchschnitt nur rund

siebzig Prozent des entsprechenden Teil-Beitragsbedarfs ausmachen, sind es für Krankenkassen, die keine Mitglieder gewonnen haben beziehungsweise sogar Mitgliederverluste zu verzeichnen haben, knapp 103 Prozent. Interpretiert wird dieser Umstand damit, dass sich die Morbidität der Versicherten der nach Wachstumsraten geordneten Krankenkassen unterscheidet und entsprechend überdurchschnittlich gesunde Versicherte der jeweiligen Alters- und Geschlechtergruppe in die gewachsenen Krankenkassen eingetreten sind. [Jacobs et al., 36ff.] Diese Interpretation wird durch die Auswertung einschlägiger Fragen des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) bestätigt. [Andersen/Schwarze a, Andersen et al.] Eine bessere Risikostruktur der seit Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit gewachsenen Krankenkassen lässt mit Blick auf deren günstigere Ausgabenposition die Schlussfolgerung zu, dass Alter, Geschlecht sowie Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsstatus nur unzureichende Ausgleichsgrößen für die Ausgabenseite sind.

Letztendlich sind also die Anreize zur Risikoselektion für die Krankenkassen wie folgt zusammenzufassen: Je höher die Einnahmen der einzelnen Krankenkasse über dem Durchschnitt der Einnahmen aller Krankenkassen liegen, je niedriger die Ausgaben für Leistungen im Verhältnis zum Ausgabendurchschnitt ausfallen und je weniger Morbiditätsrisiken von einer Krankenkasse versichert werden, die gar nicht erst vom RSA ausgeglichen werden, desto finanzkräftiger ist die einzelne Krankenkasse und desto günstiger ist ihre Position im Wettbewerb mit den Anderen.

Die Problematik, dass der RSA die Morbiditätsrisiken nicht ausreichend abdeckt, wird durch eine Erweiterung des RSA um zusätzliche Risikokomponenten durch den Gesetzgeber bearbeitet.⁴⁵ Eine Erweiterung auf zum Beispiel chronisch Kranke wurde bereits mit dem Gesetz zur Reform des RSA in der GKV vom zehnten Dezember 2001 verfügt und für 2007 ist eine vollständige Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden der in den jeweiligen Krankenkassen gesetzlich Versicherten geplant. [DB a] Dagegen ist der Anreiz zur Risikoselektion, der aus der Berechnung mit Durchschnittswerten resultiert, auf keinen Fall aus dem Weg zu räumen. Es ist ja gerade die Standardisierung mit Durchschnittswerten, die Anreize zur wirtschaftlichen Gestaltung des Leistungsgeschehens implementieren, ohne die der Wettbewerb seinen Zweck vollständig verfehlen würde. [Cassel/Janßen, 22 Stichwort: Anreizneutralität, 39]

Die Gleichzeitigkeit der zweifellos nachweisbaren Ausgleichseffekte des RSA und die ebenfalls unbestreitbare beitragsatzrelevante Wirkung der Risikostruktur einer Krankenkasse

⁴⁵Obwohl die Frage nach der Grenze der notwendigen Regulierung bisher unbeantwortet ist. [Cassel/Janßen, 39f.] So wirken sich zum Beispiel ‚schlechte‘ Risiken auch auf Verwaltungskosten aus. [Jacobs et al., 33f.]

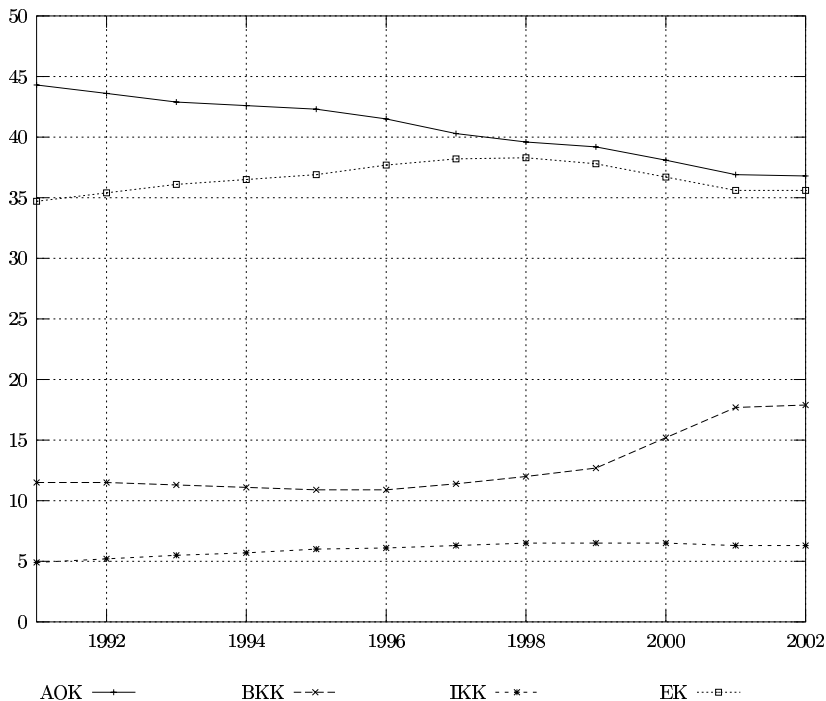
lässt letztendlich mehr Wettbewerbsfelder übrig, als eigentlich vom Gesetzgeber mit der Organisationsreform intendiert war. Entsprechend bleiben zwei Wettbewerbsfelder nach Abzug des RSA aus Sicht der einzelnen Wahlkassen übrig: Wettbewerb um gute Risiken und/oder Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch aktives Fall- und Vertragsmanagement. [Jacobs et al., 47f.]

9.1.2 Wechselbewegungen und Wechselmotive der Versicherten

Für die Erfassung der Wettbewerbssituation, in der sich die Mitgliedskassen der Wahlkassenarten befinden, ist neben den Wettbewerbsfeldern der Wettbewerbsdruck auf die einzelnen Wahlkassen entscheidend. Der Wettbewerbsdruck wird durch zwei Variablen maßgeblich bestimmt: die Größenordnung der tatsächlich festzustellenden Wechselbereitschaft und die inhaltliche Beschaffenheit der Wechselbereitschaft. Die Größenordnung und die inhaltliche Beschaffenheit der Wechselbereitschaft der Versicherten signalisiert den Krankenkassen, wie wichtig welche Art von Positionierung im Wettbewerb um Mitglieder mittelbeziehungsweise langfristig für ihren eigenen Bestand ist und sein wird. Neben den vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten Routinedaten zur GKV, finden die Ergebnisse der Auswertungen des SOEP von Hanfried H. Andersen et al. für die Beschreibung der Wechselbewegungen und Wechselmotive der Versicherten Verwendung. [Andersen/Schwarze a, Andersen/Schwarze b, Andersen et al.]

Als Einstieg zur Betrachtung der Größenordnung der tatsächlich stattfindenden Wanderungsbewegungen von Versicherten seit Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit auf operativer Ebene eignet sich die Betrachtung der Entwicklung der Marktanteile der Wahlkassen am GKV-Mitgliederbestand. Mit Blick auf den in Abbildung 12 deutlich erkennbaren Anstieg und Abstieg der einzelnen vier Graphen nach 1996 kann zunächst auf eine verhältnismäßig rege Nutzung der neuen Krankenkassenwahlfreiheit durch die Versicherten geschlossen werden. Die bisherigen Rekordwerte bezüglich der durch die Betrachtung der Marktanteile nach Kassenarten feststellbaren Mitgliederbewegung liegen um die fünf Prozent für die Jahre 1999 bis 2001. Mit Blick auf die Unterschiede zwischen den Kassenarten zeigt sich, dass die größten Verschiebungen seit 1996 zugunsten der BKK und zuungunsten der AOK zu verzeichnen sind. Dagegen weist die Entwicklung der Marktanteile der Ersatzkassen und IKK keinen so deutlicher Trend auf. Die Ersatzkassen und IKK konnten lediglich direkt nach Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit leichte Mitgliedergewinne verzeichnen, die später stagnierten beziehungsweise bei den Ersatzkassen in Mitgliederverlust mündeten.

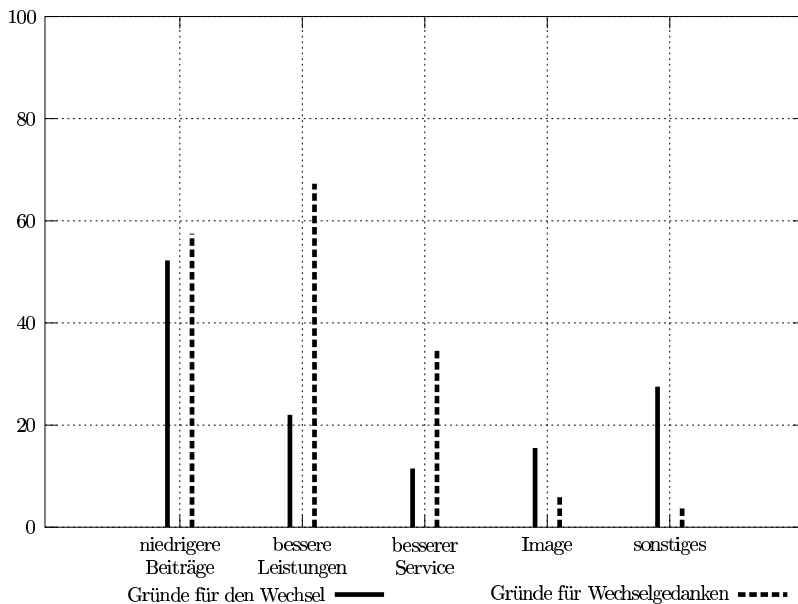
Abbildung 12: Entwicklung der Marktanteile der Wahlklassen an GKV-Versicherten von 1991 bis 2002 in %



Quelle: [BMGS b]

Diese Dimensionen und Richtungen der Verschiebungen in den Marktanteilen der Kassenarten am GKV-Mitgliederbestand lassen sich anhand der SOEP-Ergebnisse bestätigen. [Andersen et al., 21] An dieser vor allem als Validitätsbeweis einzustufenden Übereinstimmung anknüpfend bieten die SOEP-Ergebnisse detailliertere Informationen zum Ausmaß der Wechselbewegung nach Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit, da hier auch kassenarteninterne Wechselbewegungen erfasst sind, die obendrein Auskunft über des Ausmaß der Wechselneigung von Versicherten geben. Während zum Beispiel anhand der Verschiebungen zwischen den Marktanteilen der Kassenarten in den Jahren 1997 und 1998 eine

Abbildung 13: Wechselgründe und Gründe für Wechselgedanken in % (SOEP 1997)



Quelle: [Andersen/Schwarze a, 21]

durchschnittliche Wechselbewegung von knapp zwei Prozent ermittelt wird [BMGS b], gaben knapp vier Prozent der Befragten in diesem Zeitraum an, einen Kassenwechsel vollzogen zu haben [Andersen/Schwarze b, 11]. Auch die Erfassung der Wechselneigung der Versicherten, die einen Wechsel in Erwägung ziehen, deutet auf ein höheres Ausmaß an Wechselbereitschaft hin, als die vom BMGS zur Verfügung gestellten Routinedaten zu den Marktanteilen der Kassenarten vermuten lassen. Bezüglich des tatsächlichen Ausmaßes der Wirkung der Einführung der Option des Kassenwechsels verweisen Umfrageergebnisse von 1997 über die Gruppe, die »überlegt zu wechseln«, auf eine dreimal höhere Bereitschaft zum Kassenwechsel. [Andersen/Schwarze a, 12]

Für die Erfassung der inhaltlichen Beschaffenheit der Wechselbereitschaft geben uns wiederum die Ergebnisse der Auswertungen des SOEP von Hanfried H. Andersen und Johannes

Schwarze ausreichend Einblick. [Andersen/Schwarze a] Bei diesen Auswertungen wurden ausschließlich die Antworten von Mitgliedern der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) berücksichtigt.⁴⁶ Als potentielle Wettbewerbsparameter zwischen den Krankenkassen wurden Beiträge, Leistungen, Service und Image unterstellt. Unter Berücksichtigung des relationalen Charakters von Entscheidungen bezüglich der Wettbewerbsparameter Beiträge, Leistungen und Service, konnten die Probanden zwischen den drei folgenden Antwortkategorien wählen: »niedrigere Beiträge«, »bessere Leistungen« und »besserer Service«. Ferner waren Mehrfachnennungen erlaubt, so dass eine Addition der Gründe mehr als hundert Prozent ergeben kann.

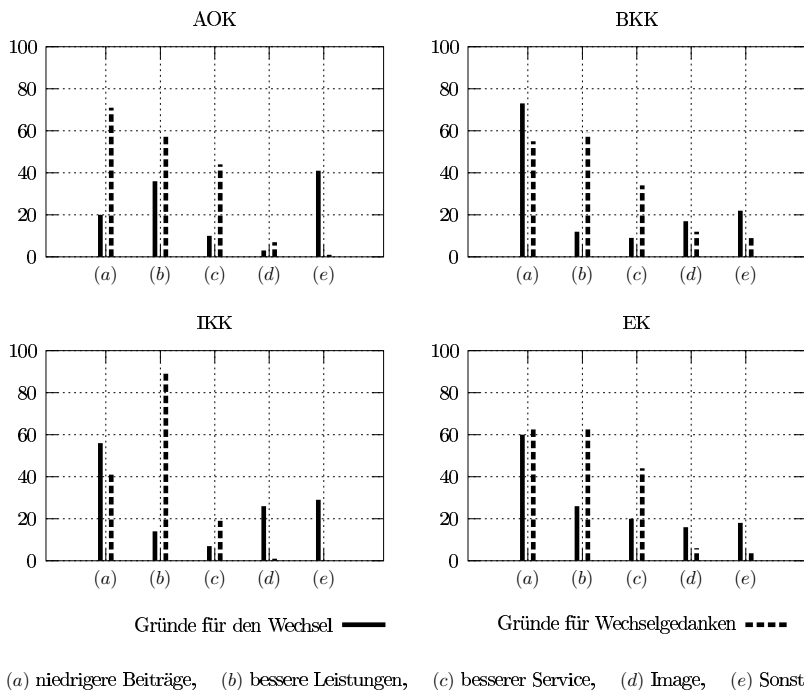
Welche Wettbewerbsparameter aus Sicht der Versicherten die Entscheidenden sind, ist in Abbildung 13 für die Gruppe der Wechsler und die Gruppe, die überlegt zu wechseln, dargestellt. Bei den hier verarbeiteten Werten handelt es sich um Durchschnittswerte der einzelnen Angaben von Hanfried H. Andersen und Johannes Schwarze zu den Wahlklassenarten. Die tonangebenden Gründe für den Wechsel einer Krankenkasse, egal ob der Wechsel bereits vollzogen ist oder ob zunächst lediglich ein Wechsel in Erwägung gezogen wurde, sind entsprechend entweder die niedrigeren Beiträge und/oder die besseren Leistungen einer anderen Krankenkasse. Der bessere Service belegt insgesamt den dritten Platz im Gründereating und Image scheint verhältnismäßig unwichtig als Grund für Wechselaktivitäten von Versicherten zu sein.

Wie sich diese Gründe im Verhältnis zwischen den einzelnen Kassenarten auf diese verteilen, ist in Abbildung 14 ersichtlich. Die in Abbildung 14 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass mit Ausnahme der AOK ein niedrigerer Beitrag der mit Abstand am häufigsten genannte Wechselgrund derjenigen ist, die bereits gewechselt sind. Das Motiv der Erzielung eines niedrigeren Beitrags ist bei den Wechslern in eine BKK am häufigsten anzutreffen. Die Mehrzahl derjenigen, die in eine AOK gewechselt sind, gaben entgegen dem allgemeinen Trend als Wechselgrund »bessere Leistungen« und/oder »Sonstiges« an.

Die ebenfalls in Abbildung 14 veranschaulichten Gründe für Wechselgedanken, differenziert nach Kassenart, räumen wiederum der AOK einen Sonderplatz ein. Während sich die Gruppe der Wechsler relativ selten für eine AOK wegen potentieller Einsparmöglichkeiten

⁴⁶Innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung werden üblicherweise zwei Rechtskreise unterschieden: AKV und KvDR (Krankenversicherung der Rentner). Da der Anteil der Wechsler 1997 gemäß der Ergebnisse des SOEP bei den AKV-Versicherten signifikant höher ist, waren deren Antworten für die Analyse der Gründe der Kassenwahlentscheidung Untersuchungsgegenstand. [Andersen/Schwarze a, 13] Der Umstand, dass vorallem Wechsel bzw. Wechselbereitschaft bei den AKV-Versicherten festzustellen war, ist mit Blick auf den zu diesem Zeitpunkt geltenden einheitlichen Durchschnittsbeitrag für alle Rentner der GKV nicht weiter verwunderlich. 1997 bestand noch kein finanzieller Anreiz zum Wechsel, da erst ab 1.7.1998 auch Rentner krankenkassenindividuelle Beiträge zu zahlen hatten (vgl. GKV-NOG 1997).

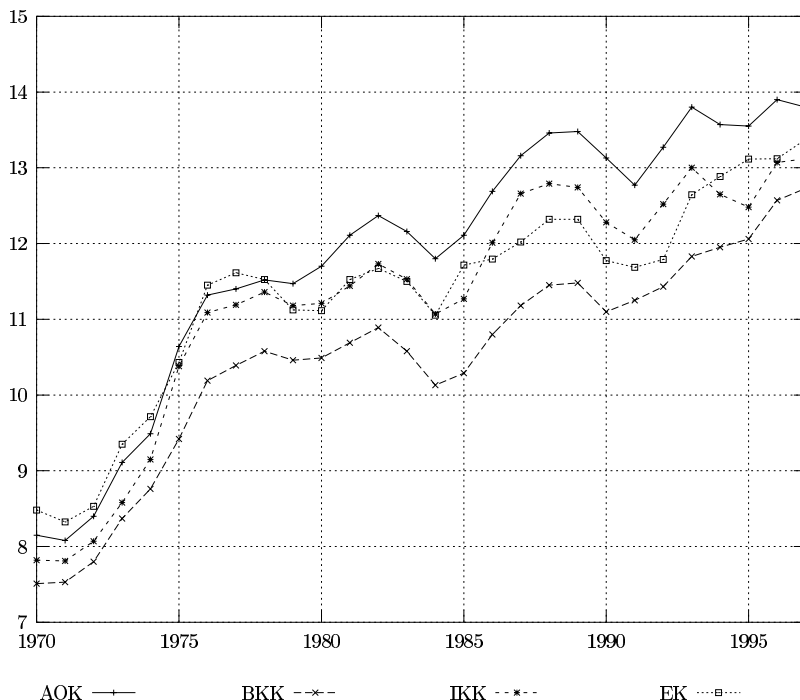
Abbildung 14: Wechselgründe und Gründe für Wechselgedanken differenziert nach Kassenarten in % (SOEP 1997)



Quelle: [Andersen/Schwarze a, 21]

beim Beitragssatz entschieden, überwiegt bei der Gruppe mit Wechselgedanken das Motiv geringerer Beitragssätze als möglicher Grund für einen Wechsel. Ferner dominiert im Gegensatz zu den Angaben der AOK-Versicherten, die schon über einen Wechsel nachgedacht haben, der Grund »bessere Leistungen« bei den Wechselgedanken von IKK-Versicherten. Dagegen sind die Gründe für Wechselgedanken bezüglich der Motive »niedrigere Beiträge« und »bessere Leistungen« bei den BKK und Ersatzkassen auffällig ausgeglichen. Mit Blick auf den Service als Wettbewerbsparameter fällt eigentlich nur die wesentlich höhere Bedeutung des Services als Grund für einen Wechsel bei den Versicherten auf, die sich

Abbildung 15: Entwicklung der Beitragssätze nach Kassenarten von 1970 bis 1997 in %⁴⁷



Quelle: [DB b, 29]

vorstellen können, ihre Krankenkasse zu wechseln, gegenüber den Angaben der Gruppe der Kassenwechsler.

Anhand der differenzierten Angaben nach Kassenarten können außerdem Bewertungen der Kassenarten durch die Versicherten abgelesen werden. Es muss allerdings bei der Richtung der Bewertung aufgepasst werden. Entsprechend verraten die Antworten der Wechsler, warum sie sich für ihre neue Krankenkasse entschieden haben und die Antworten derjenigen, die über einen Wechsel bereits nachdachten, verraten, weshalb diese Versicherten

⁴⁷Ab 1991 Alte und Neue Bundesländer.

ihre derzeitige Krankenkasse verlassen würden. Das der Grund des niedrigeren Beitrags vor allem bei den Wechslern in eine BKK dominiert, signalisiert, dass diese Krankenkassen offensichtlich vergleichsweise niedrige Beitragssätze haben. Das diese Lesart korrekt ist, kann mit Blick auf die in Abbildung 15 vergleichend dargestellten durchschnittlichen Beitragssätze der BKK bestätigt werden.

Unabhängig von den Unterschieden der Wechselgründe und der Wechselgedanken von Versicherten, die gerade bei einer bestimmten Krankenkassenart versichert sind, kann mit Blick auf die Befragungsergebnisse für die Frage nach dem Wettbewerbsdruck der einzelnen Mitgliedskassen konstatiert werden, dass die Versicherten von ihrer neuen Wechseloption Gebrauch machen und dadurch für Wettbewerbsdruck auf die Wahlkassen sorgen. Die bedeutendsten Wettbewerbsargumente, mit denen die einzelnen Krankenkassen am wahrscheinlichsten bereits Versicherte halten und neue Versicherte hinzugewinnen könnten, sind die Argumente: niedrige Beiträge und hohe Qualität der Leistungen.

9.2 Risikostrukturabhängige Wettbewerbsstrategien auf Mitgliedskassenebene

Im Anschluss an die eben beschriebene Wettbewerbssituation der Mitgliedskassen der Wahlkassen wird in diesem Abschnitt ihre potentielle Interessenausprägung von ihrer Wettbewerbssituation abgeleitet. Mit Blick auf die zwei Instrumente »Krankenkassenwahlfreiheit« und »Risikostrukturausgleich«, die die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen bestimmen und anhand der die Interessen auf Mitgliedskassenebene abgeleitet werden, muss zwischen dem Instrument, das für Wettbewerb sorgt, und dem Instrument, das den Wettbewerb reguliert, unterschieden werden.

Es stellte sich heraus, dass das Instrument »Krankenkassenwahlfreiheit«, das für Wettbewerb zwischen den einzelnen Wahlkassen sorgen soll, diesen auch tatsächlich erzeugt. Maßgebliches Indiz ist die Nutzung des Krankenkassenwahlrechts durch die Versicherten. Für die einzelnen Mitgliedskassen der Wahlkassen bedeutet das, dass auf sie tatsächlich Wettbewerbsdruck ausgeübt wird und dass sie, wenn sie nicht früher oder später im Konkurrenzkampf mit den anderen Krankenkassen unterliegen wollen, sich für eine Wettbewerbsstrategie entscheiden müssen, mit denen sie ihre Versicherten halten und neue Versicherte hinzugewinnen können. Das heißt, dass die einzelnen Krankenkassen miteinander um Versicherte konkurrieren müssen und damit um eine Wettbewerbspositionierung be-

züglich der aus Sicht der Versicherten zentralen Wechselgründe: niedrigere Beiträge und hohe Qualität, nicht vorbeikommen.⁴⁸

Inhaltlich finden sich die vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerbsparameter »Preis«, »Qualität« und »Leistung« in diesen zwei zentralen Wechselgründen wieder. Demnach scheint es, als ob der im Rahmen des Idealmodells »Managed Competition« angenommene Kosten- und Qualitätsdruck von Seiten der Versicherten tatsächlich in einem Interesse an effizienten Beiträgen auf Seiten der einzelnen Krankenkassen mündet. Das heißt, die GKV-Versicherten würden Leistungen erhalten, die dem bisher nur theoretisch unterstellten Versicherteninteresse an Wirtschaftlichkeit als auch dem an Qualität der Leistungen gerecht werden würden.⁴⁹ An dieser Stelle kommt das Instrument des Risikostrukturausgleichs ins Spiel. Ziel des Risikostrukturausgleichs war und ist es, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen so zu regulieren, dass sie wirklich ausschließlich mit Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsparametern um die Versicherten konkurrieren.

Leider, so geben es die Experten zu Protokoll, schafft es der RSA nicht, den durch die Krankenkassenwahlfreiheit etablierten Wettbewerb in der Art zu kontrollieren, dass den einzelnen Krankenkassen ausschließlich »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch aktives Fall- und Vertragsmanagement« übrig bleibt. Das heißt, der Wettbewerb zwischen den Wahlklassen muss am Ende nicht zwingend in einem effizienten Beitragsangebot an Alle münden.

Ein effizientes Beitragsangebot an ‚Alle‘ ist ein Beitragssatz, in dem sowohl Wirtschaftlichkeit als auch Qualität der Leistungen einkalkuliert sind, so dass auch die Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen auf eine bestimmte Qualität der Leistungen angewiesen sind, am Angebot der jeweiligen Krankenkasse interessiert sein könnten. Menschen die auf eine bestimmte Qualität von Leistungen achten müssen, wie zum Beispiel Krebskranke oder Mütter mit Kindern, werden üblicherweise als ungünstige Risiken bezeichnet. Um dem durch die Krankenkassenwahlfreiheit erfolgreich etablierten Wettbewerb als Krankenkasse zu begegnen, lässt der RSA eine Wettbewerbsoption übrig, die sich weniger an den Qualitätsinteressen solcher ungünstigen Risiken orientiert. Neben dem »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch aktives Fall- und Vertragsmanagement« lässt der RSA Wettbewerbsanreize übrig, die sich primär an Interessen von günstigeren Risiken ausrichten, den sogenannten »Wettbewerb um gute Risiken«. Als

⁴⁸Das Tempo der Positionierung im Wettbewerb könnte vom Ausmaß der Mitgliedererlöse bzw. -verluste beeinflusst werden und damit diesbezüglich Unterschiede zwischen den Krankenkassen erwarten lassen. Allerdings können hier keine plausiblen Annahmen über die zurückgelegte Wegstrecke bzw. den Stand der Strategiefindung auf Bundesverbandsebene gemacht werden.

⁴⁹Siehe Kapitel 3, Abbildung 5 (linke Seite, unten).

gute beziehungsweise günstige Risiken werden Versicherte bezeichnet, die idealerweise ein hohes Gehalt beziehen, keine Krankheiten haben und auch keine Familie mit in die Versicherung bringen — also möglichst nichts kosten.

Ausschlaggebend für die Wahl der Wettbewerbsform durch die Wahlklassen dürfte die Risikostruktur ihrer Mitgliederzusammensetzung sein.

Weist eine Krankenkasse eine gute Risikostruktur auf, so hat sie nach Abzug des RSA mehr Finanzkraft als eine Krankenkasse mit ungünstiger also schlechter Risikostruktur. Durch diese größere Finanzkraft hat eine Krankenkasse überhaupt erst die Bewegungsfreiheit, die sie benötigt um gute Risiken anzulocken beziehungsweise zum Bleiben zu veranlassen. Eine Krankenkasse mit guter Risikostruktur hat die Möglichkeit zur Unterbietung der durchschnittlichen Beitragssätze, auf die gute Risiken nachweislich ansprechen⁵⁰. Ferner hat sie die Möglichkeit bei Ermessensleistungen gezielt Großzügigkeit walten zu lassen und sie kann auf das Ziel des Anwerbens guter Risiken zugeschnittene Serviceleistungen sowie seit dem 2. NOG 1997 auch Einzelleistungen anbieten. Während also die Krankenkassen mit einer guten Risikostruktur zum Zeitpunkt der Einführung von reguliertem Wettbewerb die Wahl zwischen beiden Wettbewerbsstrategien haben, sind die Krankenkassen mit einer ungünstigen Risikostruktur von vornherein auf das mühsame Geschäft des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement verwiesen.

9.3 Mitgliedschaftslogische Ansprüche an kollektive Interessendefinitionen für leistungsregulierende Expertengremien

In Abhängigkeit von der Wettbewerbspräferenz auf Mitgliedskassenebene:

- »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement« oder
- »Wettbewerb um gute Risiken«,

lassen sich unterschiedliche Ansprüche an die kollektiven Interessendefinitionen durch die Bundesverbände der Wahlklassen ableiten. Da in der vorliegenden Arbeit die Auswirkung der Organisationsreform auf die leistungsregulierenden Expertengremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Interesse ist, werden im Folgenden lediglich die mitgliedschaftslogischen Ansprüche an kollektive Interessendefinitionen für leistungsregulierende Aufgaben

⁵⁰In Abschnitt 9.1.1 wird beschrieben, dass Krankenkassenwechsel vornehmlich von sogenannten guten Risiken vorgenommen werden und in Abschnitt 9.1.2 wird gezeigt, dass Wechsler bei der Frage nach dem Grund ihres Wechsels vornehmlich auf niedrigere Beitragssätze verweisen.

thematisiert. Welche Ansprüche das sind und in welcher Form sie sich in den kollektiven Interessendefinitionen der Bundesverbände niederschlagen müssten, ist deshalb Gegenstand der Ausführungen in diesem Abschnitt. Die zentrale leistungsregulierende Aufgabe der Bundesverbände der Wahlkassen ist die Verhandlung des gesetzlichen Leistungskataloges mit der Leistungserbringerseite.

Wenn sich Krankenkassen für die Umsetzung der Wettbewerbsoption »Wettbewerb um gute Risiken« entscheiden, so liegt es nahe, dass diese Krankenkassen angesichts ihrer günstigen Wettbewerbsposition und ihrer Ausrichtung auf das Einwerben von guten Risiken kein Interesse an einem gut bestückten gesetzlichen Leistungskatalog haben.

Ein umfänglich bestückter Leistungskatalog würde einerseits verhältnismäßig weniger Platz zur Nutzung von finanziellen Spielräumen lassen und würde andererseits dafür sorgen, dass die Krankenkassen mit einer kostengünstigen Risikostruktur hohe Transferzahlungen an die Krankenkassen mit ungünstiger Risikostruktur leisten müssten. Das heißt, je mehr Leistungen im gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen sind, umso weniger Spielraum haben die Krankenkassen beim Finden von krankenkassenspezifischen Leistungsangeboten außerhalb des Leistungskataloges, die auf das Anwerben von günstigen Risiken abzielen und je mehr Leistungen im gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen sind, umso geringer ist ihr finanzieller Vorteil, der sich aus ihrer günstigen Risikostruktur ergibt. Denn, auch wenn der RSA das Ziel »Beitragssatzgerechtigkeit« nicht vollständig umsetzt, so kann ihm doch eine gewisse Ausgleichswirkung nicht abgesprochen werden. Die Idee des RSA dürfte bei diesen Krankenkassen insgesamt wenig Anklang finden und ferner dürfte der Umstand der Funktionsdefizite des RSA eine positive Bewertung erfahren.

Genau entgegengesetzt müssten die Interessen der Krankenkassen ausfallen, die die Wettbewerbsstrategie »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement« gewählt haben beziehungsweise wegen ihrer ungünstigen Risikostruktur auf diese Wettbewerbsstrategie von vornherein verwiesen sind. Diese Krankenkassen dürften mit Blick auf die drohenden Vorteile der Krankenkassen, die sich für Wettbewerb um gute Risiken entscheiden, ein generelles Interesse an einem gut bestückten gesetzlichen Leistungskatalog haben.

Die Argumente sind hier vom Prinzip her die Gleichen wie oben, nur das sie den Verhandlungsgegenstand »gesetzlicher Leistungskatalog« von der gegenüberliegenden ‚Straßen‘seite beurteilen. Entsprechend bietet ein gut bestückter gesetzlicher Leistungskatalog den Krankenkassen, die sich auf den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit einlassen, zum einen die Möglichkeit, das gezielte Anwerben guter Risiken durch die anderen Kranken-

kassen inhaltlich zu begrenzen und zum anderen garantieren die Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, wenigstens den Grad an Regulierung, den der RSA zu leisten vermag. Auf diese Weise besteht auch für diese Krankenkassen die Chance im Wettbewerb halbwegs erfolgversprechend zu bestehen, trotz der Wettbewerbsvorteile der Krankenkassen, die sowieso eine gute Risikostruktur haben und diese auch noch beabsichtigen auszubauen. Die Idee des RSA dürfte bei diesen Krankenkassen insgesamt positiv und die Funktionsdefizite des RSA dürften negativ bewertet werden.⁵¹

Findet diese in Abhängigkeit von der Wettbewerbsstrategie auf Mitgliedskassenebene vorgenommene Interessenzuweisung Zustimmung, können zwei mitgliedschaftslogische Ansprüche unterschieden werden, die die leistungsregulierende Aufgabe ihrer Bundesverbände betrifft:

1. Die Krankenkassen, die sich für den Wettbewerb um gute Risiken entschieden haben, dürften von ihren Bundesverbänden erwarten, dass sie möglichst keine weiteren Leistungen für den gesetzlichen Leistungskatalog erhandeln. Diese Bundesverbände sollen sich möglichst wenig in den leistungsregulierenden Verhandlungen mit der Leistungserbringerseite engagieren.
2. Die Krankenkassen, die dem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit den Vorzug geben, dürften dagegen von ihren Bundesverbänden erwarten, dass sie möglichst viele weitere Leistungen für den gesetzlichen Leistungskatalog in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung erhandeln. Diese Bundesverbände sollen die Verhandlungen über die Ausgestaltung des gesetzlichen Leistungskataloges ernst nehmen und dort versuchen Leistungen mit der Leistungserbringerseite zu erhandeln, die qualitativ hochwertig sind und wirtschaftlich erbracht werden.

Beide mitgliedschaftslogischen Ansprüche betreffen unübersehbar den Aufgabenbereich der Bundesverbände der Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung und müssten damit theoretisch auf der Bundesverbandsebene wahrgenommen werden. Sollten die Interessenvermittlungsprozesse der Bundesverbände der Wahlklassen tatsächlich für mitgliedschaftslogisch geprägte Interessen offen sein⁵², müssten sich beide mitgliedschaftslogisch geprägten Ansprüche in den Interessenvermittlungsprozessen der jeweiligen Bundesverbände niederschlagen.

⁵¹Als erstes Indiz bezüglich einer Einordnung, um welche Kassenarten es sich hier handeln dürfte, könnte die Meldung des gesundheitspolitischen Newsletters der AOK gelten, dass sich der AOK-Bundesverband und Barmer Ersatzkasse für eine fristgerechte Einführung des morbiditätsorientierten RSA innerhalb der GKV stark machen. [G+G Blickpunkt b, 2] [G+G Blickpunkt a]

⁵²Wie in Kapitel 8 mit Blick auf die korporatistische Verbandstheorie argumentiert wurde.

Da sich die Bundesverbände der Krankenkassen, deren Mitgliedschaften den Wettbewerb um gute Risiken präferieren, in ihren Interessenvermittlungsprozessen inhaltlich kaum so deutlich für die Unterstützung des vom Gesetzgeber unintendierten Wettbewerbs um gute Risiken und gegen den vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit positionieren werden, ist anzunehmen, dass sich die Durchschlagkraft ihrer Mitgliedschaftslogik anhand eines relativ geringeren Interesses an Kollektivverhandlungen messen lässt. Relativ größer müsste dagegen das Interesse bei den Bundesverbänden ausfallen, deren Mitgliedschaften sich beim Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit engagieren.

10 Empirische Analyse der Interessen der Bundesverbände von AOK, BKK und Ersatzkassen

Nachdem als Folge der Umsetzung der Organisationsreform von 1992 in Kapitel 8 aus organisationstheoretischer Sicht eine wahlkassenübergreifende Sensitivität der Interessenvermittlungsprozesse der Bundesverbände der Wahlkassen bezüglich mitgliedschaftslogisch orientierter Interessen festgestellt wurde und in Kapitel 9 die die leistungsregulierenden Aufgaben der Bundesverbände betreffenden mitgliedschaftslogischen Ansprüche an diese Interessenvermittlungsprozesse von der Wettbewerbssituation der Mitgliedschaften abgeleitet wurden, soll nun überprüft werden, ob sich diese mitgliedschaftslogischen Ansprüche auch tatsächlich in den Interessenvermittlungsangeboten der Bundesverbände der Wahlkassen nachweisen lassen. Die auf dem Interessenmarkt der einzelnen Bundesverbände angebotenen Interessen sind gemäß korporatistischer Verbändetheorie handlungsleitend.

Der vorliegende empirische Analyseteil ist wie folgt gegliedert: Erst werden in Abschnitt 10.1 bundesverbandsspezifische Hypothesen formuliert und es erfolgt die Auswahl der zu untersuchenden Bundesverbände. Danach wird in Abschnitt 10.2 geklärt, welche Erhebungsmethode sich zur Überprüfung dieser Hypothesen eignet. In Abschnitt 10.3 wird beschrieben, anhand welcher Daten welches Meßinstrument der Hypothesen zum Einsatz kommt und in Abschnitt 10.4 erfolgt dann die Beschreibung des Datenanalysevorgangs selbst. Abschließend werden in Abschnitt 10.5 die Ergebnisse zusammengefasst und es wird mit Blick auf die aufgeworfenen Hypothesen ein Fazit gezogen.

10.1 Hypothesenbildung

Wie am Ende des Kapitels 9 resümiert, ist die zentrale Annahme, dass sich die Interessenvermittlungsprozesse der Bundesverbände der Krankenkassen, die den Wettbewerb um gute Risiken präferieren, durch ein relativ geringes Interesse an Kollektivverhandlungen auszeichnen und dass sich die Interessenvermittlungsprozesse der Bundesverbände der Krankenkassen, die sich beim Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit engagieren, durch ein relativ großes Interesse an Kollektivverhandlungen auszeichnen. Oder andersherum ausgedrückt: Bietet ein Bundesverband kollektive Interessendefinitionen an, bei denen Kollektivverhandlungen eine große Rolle spielen, müsste die Mehrzahl seiner Mitgliedskassen den »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement« präferieren und spielen Kollektivverhandlungen in den Interessenangeboten der Bundesverbände keine (große) Rolle, dürfte es sich um Interessendefinitionen für Mitgliedskassen handeln, die den »Wettbewerb um gute Risiken« bevorzugen. Diese Überlegung ist gleichzeitig die zentrale Annahme über die Auswirkung der Organisationsreform auf die kollektiven Interessendefinitionen durch die Bundesverbände der Wahlkassen, die im Folgenden empirisch überprüft wird.

Angesichts des Umstands, dass die Wettbewerbsstrategie »Wettbewerb um gute Risiken« mit einer verbesserten Risikostruktur der Mitgliedskassen einhergeht und diese Verbesserung nur zu Lasten der Krankenkassen gehen kann, die sich im Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit engagieren, verspricht ein Blick auf die Risikostrukturentwicklung einer Kassenart ein vielversprechender Hinweis auf die mitgliedschaftslogischen Ansprüche zu sein, mit denen sich ein Bundesverband konfrontiert sieht, die von ihm dann in mehr oder weniger Interesse an Kollektivverhandlungen umgesetzt werden müssten. Entsprechend lauten die zwei zentralen Hypothesen über die Ausprägung der Interessen der Bundesverbände nach der Organisationsreform:

- Bei schlechter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene Interesse an Kollektivverhandlungen.
- Bei guter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene kein Interesse an Kollektivverhandlungen.

Werden die zwei unterschiedlichen mitgliedschaftslogischen Ansprüche der Krankenkassen tatsächlich auf diese Weise von ihren Bundesverbänden umgesetzt, wären aus Bundesverbandssicht noch zwei weitere Interessen interessant, die es lohnen würde mit ihrem

Kollektivverhandlungsinteresse zu verknüpfen. Zum einen wäre es aus Sicht der Bundesverbände sinnvoll, die sich angesichts ihrer für mitgliedschaftslogische Ansprüche geöffnete Interessenvermittlung sowieso auf die Kollektivverhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verwiesen fühlen, diese Aufgabe mit einem Interessenangebot zu verbinden, dass außerdem das Interesse an Qualität und das Interesse an der Optimierung auf Leistungserbringerseite in diesen Kollektivverhandlungen beinhaltet. Zum anderen wäre es aus Sicht der Bundesverbände sinnvoll, die angesichts ihrer ebenfalls für mitgliedschaftslogische Ansprüche geöffnete Interessenvermittlung solchen Kollektivverhandlungen kein Interesse entgegen bringen sollten, dieses Desinteresse mit einem Desinteresse an Qualität und an der Optimierung auf Leistungserbringerseite einhergehen zu lassen. Der Grund für eine solche Interessenbündelung ist die leistungsregulierende Aufgabe des Kollektivverhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Annahme, dass die Bundesverbände der Krankenkassen neben ihrer Wahrnehmung, auch mitgliedschaftslogischen Ansprüchen genügen zu müssen, zu darüber hinausgehenden zielgerichteten Strategieentscheidungen fähig sind.

Für die Entscheidung zur Verbindung des Interesses an Qualität mit dem Interesse am Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung könnte die Überlegung des Bundesverbandes wie folgt aussehen. Engagieren sich seine Mitgliedsklassen ersteinmal im Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement, dann besteht für diese Krankenkassen angesichts der Funktionsdefizite des RSA kaum noch eine Erfolgsaussicht, bei ihren Versicherten mit vergleichsweise niedrigen Beiträgen zu punkten. Diese verbaute Chance könnte der Bundesverband versuchen, wenigstens mit dem zweitwichtigsten Wechselgrund der GKV-Versicherten »Qualität der Leistungen«⁵³ zu kompensieren und deshalb dazu neigen, das Interesse an Qualität der GKV in seinem Interessenangebot mit dem Interesse an Kollektivverhandlungen zu verknüpfen. Genau andersherum müsste die Überlegung des Bundesverbandes ausfallen, der sich durch seinen für mitgliedschaftslogisch geöffneten Interessenvermittlungsprozess zur Vermeidung von Kollektivverhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung angehalten fühlt. Ebenfalls wegen der Funktionsdefizite des RSA können seine Mitgliedsklassen nämlich im Zuge ihrer Spezialisierung auf gute Risiken den erstplatzierten Wechselgrund von GKV-Versicherten »niedrige Beiträge«⁵⁴ bedienen.⁵⁵ Damit dürfte dieser Bundesverband kaum eine Veranlassung haben, sich im Rahmen der auf das Kollektivverhandlungssystem verwiesenen Leistungs-

⁵³Siehe Abschnitt 9.1.2.

⁵⁴Siehe Abschnitt 9.1.2.

⁵⁵Der außerdem mit ihrer Ausrichtung auf gute Risiken konform geht.

regulierung für Qualität stark zu machen und daher eher dazu neigen, diesem Interesse möglichst auch keinen Platz einzuräumen.

Ebenso wäre es plausibel, dass ein Bundesverband, der die zwei verschiedenen mitgliedschaftslogischen Ansprüche in mehr oder weniger Interesse an Kollektivverhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung umsetzt, dieses Interesse mit mehr oder weniger Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite in seinem Interessenangebot verknüpft. So steht zu vermuten, dass wenn sich ein Bundesverband einer Krankenkassenart erstmalig auf das mühsame Geschäft der Kollektivverhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung einlässt, so wird er gleichzeitig versuchen, den auf seinen Mitgliedschaften lastenden Optimierungsdruck an seine gegenüberstehende Verhandlungsseite — die Leistungserbringerseite — weiterzugeben⁵⁶. Denn die ‚großen Jagdgründe‘ befinden sich auf der Seite der Leistungserbringer. Diese Überlegung dürfte dagegen kaum auf Seiten des Bundesverbandes anzutreffen sein, der sich von seinen Mitgliedschaften dazu angehalten fühlt, möglichst nichts in dem leistungsregulierenden Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung dafür zu tun, dass weitere Leistungen in den allgemein verbindlichen GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Das Ziel, möglichst keine Kraft für die Leistungsregulierung im Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung aufzuwenden, hat nämlich gleichzeitig die Konsequenz, dass im Rahmen der betreffenden Kollektivverhandlungen auch keine Optimierungsstrategien für die Leistungserbringerseite eingefordert werden können.

Entsprechend dieser Überlegungen, werden die oben genannten zwei zentralen Hypothesen über die Auswirkung der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlklassen wie folgt erweitert:

- Bei schlechter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite.
- Bei guter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene kein Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite.

Diese Interessengegensätze zwischen den Bundesverbänden der Wahlklassen dürften je nach Richtung der Interessen mit einem größeren oder kleineren innerverbandlichen Konfliktni-

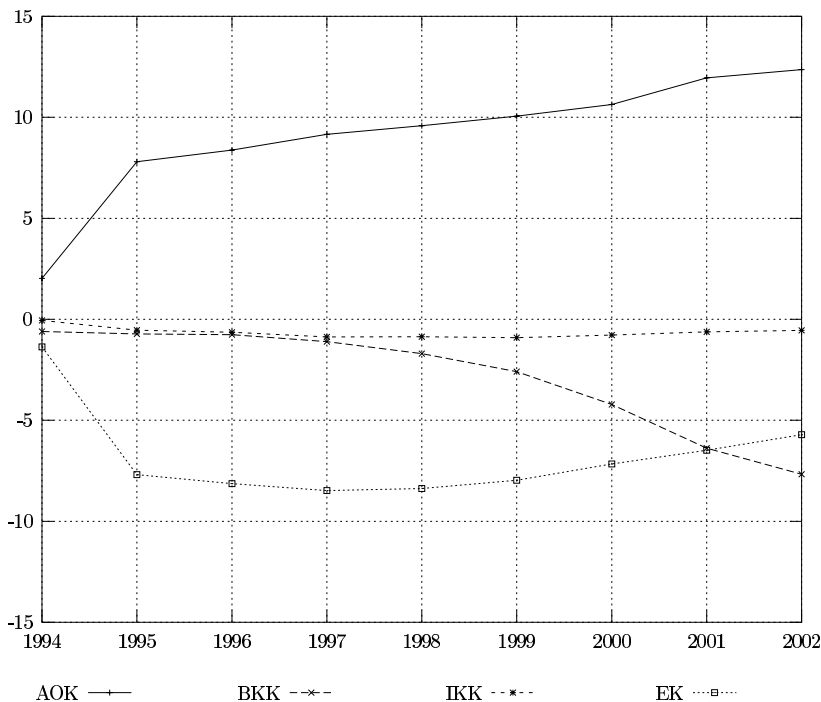
⁵⁶Wie es übrigens auch im Idealmodell »Managed Competition« mit dem Konzept des Leistungsanbietermarktes angenommen wird. Siehe Kapitel 3.

veau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik einhergehen⁵⁷, das die Deutlichkeit der Interessengegensätze auf Bundesverbandsebene verwischen dürfte. Während der Bundesverband mit solchen Mitgliedskassen, die sich im Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit engagieren, für sich jede Menge Handlungsbedarf im Rahmen des Kollektivverhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung identifizieren kann, droht dem Bundesverband von Krankenkassen, die sich lediglich auf gute Risiken spezialisieren, ein enormer Bedeutungsverlust, sollte er seinen wahrgenommenen mitgliedschaftslogischen Anspruch in weniger Interesse an Kollektivverhandlungen umsetzen. Die Vermeidung von Kollektivverhandlungen steht deshalb in einem konfliktären Verhältnis zu dem den Bundesverbänden immanenten einflusslogischem Interesse an Entscheidungskompetenzen und dürfte deshalb aus Eigennutzgründen kaum vom betroffenen Bundesverband in seiner Reinform umgesetzt werden. Abschließend sind dementsprechend den zwei angenommenen Interessenbündeln noch zwei unterschiedliche innerverbandliche Konfliktniveaus zuzuordnen, die die bisher formulierte Absolutheit der Interessengegensätze der Bundesverbände in einem relativen Licht erscheinen lässt. Die in diesem Sinne zweifach erweiterten Hypothesen, deren Überprüfung hoffentlich die Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform auf die Bundesverbände der Wahlklassen erschöpfend behandelt, lauten letztendlich:

- Bei schlechter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und die innerverbandliche Einfluss- und Mitgliedschaftslogik sind vergleichsweise gleichgerichtet.
- Bei guter Risikostrukturentwicklung besteht auf Bundesverbandsebene weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und die innerverbandliche Einfluss- und Mitgliedschaftslogik stehen in einem vergleichsweise konfliktären Verhältnis zueinander.

Anhand der Risikostrukturentwicklung der Wahlklassenarten können im Vorfeld der empirischen Überprüfung dieser Hypothesen die Bundesverbände ermittelt werden, von denen Interesse beziehungsweise entsprechend weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite zu erwarten ist und bei denen außerdem mit einem kleinen und einem großen innerverbandlichen Konfliktniveau zu rechnen ist. Zum Abschluss des vorliegenden Abschnitts werden die Hypothesen anhand der Risikostrukturentwicklung bundesverbandsspezifisch präzisiert und

⁵⁷Mehr dazu in Kapitel 8.

Abbildung 16: RSA-Transfervolumen von 1994 bis 2002 in Milliarden €⁵⁸

Quelle: [Basisdaten]

es wird mit Blick auf die vorhandenen Richtungen der Risikostrukturentwicklung entschieden, welche Interessenvermittlungsprozesse der vier betroffenen Bundesverbände mindestens untersucht werden müssen, um die Hypothesen über die Interessenausprägung und die Konfliktniveaus angemessen zu überprüfen.

Für die Einschätzung der Risikostrukturen der einzelnen Wahlkassenarten bieten sich die im Rahmen des RSA veranschlagten Transfersummen an. Die Verteilung der Zahlungsverpflichtungen in und der Bezüge aus dem RSA ist für die Wahlkassenarten in Abbildung 16 seit Auflegung des RSA bis 2002 dargestellt. Die hier dargestellten Unterschiede bei den

Transfersummen bilden die mit dem RSA erfassten ungleichmäßig verteilten Morbiditäts- und Einkommensrisiken zwischen den Wahlkassenarten ab. Steht demzufolge eine Kassenart auf der Empfängerseite beim RSA, so handelt es sich um eine Kassenart mit einer schlechten Risikostruktur und gehen mit dem RSA Zahlungsverpflichtungen einher, so handelt es um eine Kassenart mit einer guten Risikostruktur. Wegen der inhaltlichen Defizite des RSA kann jedoch anhand dieser Daten nur auf die Risikenverteilung bezüglich der im RSA berücksichtigen Risiken geschlossen werden. Auf eine vollständige Erfassung der Risikenverteilung zwischen den Kassenarten muss wegen der noch nicht abschließend geklärten Alternative an dieser Stelle verzichtet werden. Da erwiesenermaßen das Gros der Risiken der einzelnen Krankenkassen mit dem RSA erfasst wird, sollte die Betrachtung der Verteilung der Transfervolumen für die Erfassung der Risikostrukturentwicklung nach Kassenart genügen.

Gemäß dem Umstand, dass die einzelnen Krankenkassen, die die Wahl zwischen beiden Wettbewerbsstrategien haben, eine verhältnismäßig gute Risikostruktur zum Zeitpunkt der operativen Umsetzung vom RSA⁵⁹ aufweisen müssen⁶⁰, kommen mit Blick auf die Abbildung 16 nur die Bundesverbände der Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK) und Ersatzkassen für Interessenangebote in Frage, bei denen Kollektivverhandlungen keine so große Rolle spielen. Findet desweiteren der Sachverhalt Berücksichtigung, dass sich die Entscheidung der Krankenkassen für den Wettbewerb um gute Risiken in einer verbesserten Risikostruktur niederschlagen müsste, ist gemäß der in Abbildung 16 dargestellten RSA-Transfers zu erwarten, dass der Bundesverband der BKK der Bundesverband der vier Wahlkassenarten ist, bei dem wenig Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und ein verhältnismäßig großes Konfliktniveau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik vorliegt.

Genau das Gegenteil ist für den Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) anzunehmen. Während der Graph in der Abbildung 16, der das Transfervolumen der BKK anzeigt, seit Start des RSA immer deutlicher nach unten ausschlägt — die BKK also immer mehr Ausgleichszahlungen im Rahmen des RSA leisten muss —, zeigt der Graph, der das Transfervolumen der AOK anzeigt, von Anfang an deutlich nach oben. Folglich müsste es sich bei dem Bundesverband der AOK um einen Bundesverband handeln, der Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der

⁵⁸Alte und Neue Bundesländer.

⁵⁹Der RSA wird seit dem ersten Januar 1995 vollständig umgesetzt.

⁶⁰Warum eine gute Risikostruktur Voraussetzung ist, ist in Abschnitt 9.2 ausführlich beschrieben.

Leistungserbringerseite hat und bei dem außerdem die Einfluss- und Mitgliedschaftslogik verhältnismäßig gleichgerichtet orientiert sind.

Eine zunächst nicht ganz so deutliche Zuordnung lässt der Blick auf die Transferzahlungen der Ersatzkassen und der IKK zu. Die in Abbildung 16 dargestellten zeitlichen Verläufe der Transferzahlungen zeigen für die Ersatzkassen sowie für die IKK erst eine leicht verbesserte Risikostruktur an, die jedoch nach 1997 schlechter wurde. Da das Jahr 1997 das Jahr ist, seitdem die vollständige Umsetzung der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit erfolgt, ist es die Risikostrukturentwicklung danach, die den oben hergeleiteten Rückschluss von Risikostrukturentwicklung auf die Interessen der Bundesverbände zulässt. Damit müssten sich die Bundesverbände der IKK und der Ersatzkassen — ebenso wie der Bundesverband der AOK — für Kollektivverhandlungen, für Qualität der GKV und für Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite interessieren und das bei einem verhältnismäßig geringen Konfliktniveau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik. Anhand der Risikostrukturentwicklung können entsprechend folgende bundesverbandsspezifische Hypothesen über Interessen und innerverbandliche Konfliktniveaus formuliert werden:

- Die Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK haben Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und ihre innerverbandlichen Einfluss- und Mitgliedschaftslogiken sind vergleichsweise gleichgerichtet.
- Der Bundesverband der BKK hat weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite als die Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK und sein innerverbandliches Konfliktniveau ist höher als das der Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK.

Nachdem nun die von den mitgliedschaftslogischen Ansprüchen abgeleiteten Interessenausprägungen und innerverbandlichen Konfliktniveaus den einzelnen Bundesverbänden der Wahlkassen zugeordnet sind, muss schließlich noch geklärt werden, welche Interessenvermittlungsprozesse der vier betroffenen Bundesverbände Gegenstand der folgenden empirischen Untersuchung sein sollen.

In Anbetracht der zwei erwarteten Interessenausprägungen sollte mindestens ein Stellvertreter pro Interessenbündel und pro innerverbandlichen Konfliktniveau hierfür ausgewählt werden. Da ausschließlich der Bundesverband der BKK als Stellvertreter für das an zweiter Stelle genannte Interessenbündel sowie für das dazugehörige Konfliktniveau in Fra-

ge kommt, muss dessen Interessenvermittlungsprozess auf jeden Fall Teil der empirischen Untersuchung sein. Mit Blick auf die drei Vertreter für die entgegengesetzte Interessenausprägung erscheint der Bundesverband der AOK am geeignetsten. Angesichts der deutlich unterschiedlichen Risikostruktur zu Beginn des Wettbewerbs, die im Fall der AOK schlecht und im Fall der Ersatzkassen sowie der IKK trotz schlechter Entwicklung gut ist, wird der Interessenvermittlungsprozess der Bundesverbände der AOK zusammen mit dem Interessenvermittlungsprozess des Bundesverbandes der Ersatzkassen Teil der empirischen Untersuchung sein. Weil die wettbewerbliche Ausgangssituation der Mitgliedsklassen der Bundesverbände der Ersatzkassen und der IKK ähnlich ist, wird angenommen, dass die Ergebnisse, die für die Bundesverbandsebene der Ersatzkassen erzielt werden, auf den Bundesverband der IKK übertragen werden können.

10.2 Wahl der Untersuchungsmethode

Wird unterstellt, dass bundesverbandsspezifische Interessen und Interessen ihrer Mitgliedsklassen beim Schreibprozess ihrer Funktionäre Berücksichtigung finden und sich dadurch deren Interessen anhand einschlägiger Texte dieser Funktionäre einfangen lassen, erscheint die Methode der Inhaltsanalyse als geeignetes Instrument, die in Abschnitt 10.1 formulierten Hypothesen über die spezifischen Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen und ihre damit verknüpften innerverbandlichen Konfliktniveaus zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik zu überprüfen.

Bei der Methode der Inhaltsanalyse handelt es sich um eine sozialwissenschaftliche Methode, mit deren Hilfe sachverhaltsbezogene Daten ohne natürliche Zeithorizontbeschränkung erfasst werden können:

- Sachverhaltsbezogene Daten sind zum Beispiel Parteiprogramme, Gesprächsprotokolle von Konferenzen, Verbandszeitschriften und nach verschiedenen Gesichtspunkten ausgesuchte Artikel in Tageszeitungen.
- Ohne Zeithorizontbeschränkung meint, dass bei Inhaltsanalysen unabhängig vom Zeitpunkt des Interesses am jeweiligen Untersuchungsgegenstand immer die Möglichkeit zur Retrospektive gegeben ist. Einzige Voraussetzung ist die Verfügbarkeit entsprechenden Textmaterials.⁶¹

⁶¹Im Gegensatz zur Inhaltsanalyse bieten beispielsweise Umfragen üblicherweise keine Möglichkeit zur Retrospektive.

Üblicherweise wird innerhalb der sozialwissenschaftlichen Profession zwischen quantitativen und qualitativen Inhaltsanalysen unterschieden. In Anbetracht der Überzeugung, dass die Krankenkassenfunktionäre ihre Interessenvermittlung in ihrer Rolle als sogenannte Interessenunternehmer möglichst effektiv gestalten wollen und sie deshalb ihre Interessen ihren Adressaten auf möglichst deutliche Weise vermitteln wollen — also keine wie die bei qualitativen Analysen üblichen umfassenden Interpretationen ihrer Überzeugungen von Nöten sein werden [Krippendorf, 87ff.], wird im Folgenden eine quantitative Vorgehensweise präferiert.

Innerhalb der Nutzergruppe von quantitativen Inhaltsanalysen wird wiederum zwischen konventionellen und computerunterstützten Vorgehensweisen unterschieden. Während bei der konventionellen Vorgehensweise Codierer über die Codierung direkt am Text anhand abstrakter Definitionen entscheiden, basiert die computerunterstützte Codierung auf einem primär a priori definierten Diktionär⁶², mit dessen Hilfe der Computer über die Codierung entscheiden kann. Mit der computerunterstützten Inhaltsanalyse wird der höchstmögliche Reliabilitätsgrad erreicht. [Weber a, Geis] Die Übersetzung abstrakter Definitionen, von dem was mit der jeweiligen Kategorie erfasst werden soll, wird bei der computerunterstützten diktionärbasierten Variante jedoch nicht eingespart. Dieser notwendige Transformationsvorgang von Hypothese zu operationalisierten Daten ist hier Teil der Diktionärbildung. Ein Diktionär ist üblicherweise nach Kategorien organisiert, deren Einträge Wörter beziehungsweise Wortketten sind.⁶³ Diese Wörter und Wortketten sind gleichzeitig sogenannte harte Indikatoren für deren übergeordnete Kategorie, das heißt es handelt sich um Begriffe, „deren Auftreten allein ausreicht, um sie eindeutig einer Kategorie zuweisen zu können.“ [Geis, 21]

Angesichts des für die computerunterstützte Variante vermutlich geringeren Zeit- und Finanzbedarfs, vor allem wenn es sich, wie im vorliegenden Fall, um eine Analyse von mehrjährigen Interessenvermittlungsprozessen handelt, bei der ein großer Textumfang zu erwarten ist [Geis, 20/27], und ihres nicht übertreffbaren Reliabilitätsgrades, werden die in Abschnitt 10.1 aufgelisteten Hypothesen über die Interessen und innerverbandlichen Konfliktniveaus mittels einer sogenannten diktionärbasierten Inhaltsanalyse überprüft.

Neben der Unterstellung, dass die Krankenkassenfunktionäre ihre Interessen auf möglichst

⁶²Neben der Computerunterstützung bei Codierarbeiten gibt es im Rahmen von Inhaltsanalysen noch andere Formen der Computerunterstützung, die im Vergleich zu den diktionärbasierten Ansätzen allerdings als noch nicht so ausgereift gelten. Eine Übersicht hierzu findet sich in dem sehr empfehlenswerten Standardwerk von Klaus Krippendorf und eine detailliertere Auseinandersetzung mit einer solchen Alternative findet sich im Artikel von Juliane Landmann und Cornelia Züll. [Krippendorf, 257ff.] [Landmann/Züll]

⁶³Selten ganze Sätze und nie ganze Textabschnitte, wie bei der konventionellen Inhaltsanalyse üblich.

direkte Weise vermitteln, gehen mit der Entscheidung für eine diktionärbasierte Inhaltsanalyse zwei weitere Annahmen einher. Zum einen wird mit der Entscheidung zum Diktionär als Mekinstrument für Interessen unterstellt, dass Rückschlüsse über die Ausprägung beziehungsweise die Intensität von Interessen anhand der Häufigkeit ihrer Nennung gezogen werden können und zum anderen wird unterstellt, dass die Nennung von Interessen an beispielsweise Kollektivverhandlungen oder Optimierungswünschen auf Leistungserbringerseite über relativ einfache Aussagen, das heißt mit einzelnen Wörtern und kurzen Wortketten, einzufangen sind.

Die Einschätzung, ob diese zwei Voraussetzungen erfüllt sind, kann erst im Zuge des Operationalisierungsprozesses selbst erfolgen. Hier ist erstens entscheidend, ob eine Diktionärbildung mit einzelnen Wörtern beziehungsweise Wortketten gelingt und zweitens, dass diese Diktionäreinträge möglichst nie in einem verneinenden Kontext auftauchen. Das zuletzt genannte Bewertungskriterium basiert auf Überlegungen zur Themensetzung von Parteien im Rahmen der sogenannten »Saliency Theory«, die besagt, dass Parteien um Wählerstimmen konkurrieren, indem sie unterschiedliche Themen mit generell positiven Zielsetzungen unterschiedlich stark betonen. [Budge, Budge et al.] Entsprechend zeigt beispielsweise die Nennung des Wortes „Bundesausschuß“ Interesse am Kollektivverhandlungssystem und die Nennung der Wortkette „behandlungsbezogene Standards“ Interesse an Optimierung auf der Leistungserbringerseite an. Bleiben diese Wörter dagegen ohne Erwähnung, besteht kein Interesse. Die Computerunterstützung erfolgt mittels dem vom ZUMA angebotenen Softwarepaket TEXTPACK. [Mohler/Züll]

10.3 Operationalisierung der Hypothesen

Für eine fachgerechte Überprüfung der in Abschnitt 10.1 aufgelisteten Hypothesen mit einer computerunterstützten Inhaltsanalyse muss erstens ein einschlägiger Textkorpus zusammengestellt werden, in dem Texte gesammelt sind, bei deren Schreibprozess die gesuchten Interessen von Krankenkassenfunktionären eine Rolle gespielt haben müssten, und es muss zweitens das Diktionär gebildet werden, mit dessen Hilfe die in den Hypothesen angenommenen Interessen der Krankenkassenfunktionäre gemessen werden können. Unter Beibehaltung dieser Reihenfolge wird in Abschnitt 10.3.1 die Textauswahl und -zusammensetzung und in den Abschnitten 10.3.2 und 10.3.3 die Diktionärbildung beschrieben.

10.3.1 Textauswahl und -zusammensetzung

Auf der Suche nach einschlägigen Texten, bei deren Schreibprozess Interessen von Krankenkassenfunktionären eine Rolle gespielt haben müssten, dürften Verbandszeitschriften, die als Diskussionsforen für die Verbände selbst und der Verbände mit ihren Mitglieds-kassen konzipiert sind, genau das Richtige sein. Mit Blick auf die Idee, dass die Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen Interessen im Zuge eines komplexen Prozesses erfinden und diese auf ihrem jeweiligen Interessenmarkt anbieten, die sich dann entweder als ‚marktfähig‘ oder als nicht ‚marktfähig‘ erweisen und in Abhängigkeit davon von den Bundesverbänden als Interessen weitergeführt oder eben wieder fallengelassen werden, müssten sich die von den Korporatismusforschern sogenannten Interessenvermittlungsprozesse in solchen Diskussionsforen nachweisen lassen. Diese Art von Diskussionsforen lassen sich bei allen drei Kassenarten in vergleichbarer Form finden. Wenn auch nicht ausschließlich auf die Aufgabe der Interessenvermittlung zugeschnitten, das heißt in diesen Verbandszeit-schriften werden beispielsweise auch Tagungen angekündigt oder Verbandsmitglieder mit einem Grußwort öffentlich verabschiedet, scheinen die drei Zeitschriften: »Gesundheit und Gesellschaft« (G+G), »Die BKK« und »die Ersatzkasse«, als Plattform für eine solche Interessenvermittlung konzipiert zu sein.

Bei der »Gesundheit und Gesellschaft« handelt es sich um die Verbandszeitschrift der AOK, die bis 1998 »DOK — Politik, Praxis, Recht« hieß. »Die BKK« ist die Verbandszeitschrift der BKK, die bis 1996 den Namen »Die Betriebskrankenkasse« trug, und »die Ersatzkasse« ist die Verbandszeitschrift, wie könnte es anders sein, der Ersatzkassen. Während die Ersatzkassen ihr Blatt im Internet lediglich mit dem Wort ‚Verbandsmagazin‘ etikettieren und auf eine weitere Beschreibung verzichten, beschreiben die AOK und BKK ihre Verbandszeitschriften recht deutlich als geeignete Medien für Interessenvermittlung. Entsprechend beschreibt die AOK ihre »Gesundheit und Gesellschaft« als unverzichtbar für alle, die in der gesundheitspolitischen Szene auf dem Laufenden sein müssen und beispielsweise Verbandsvertreter oder Beschäftigte des AOK-Systems sind. Und die BKK bewirbt ihre Verbandszeitschrift ebenfalls sehr deutlich als vermittelndes Diskussionsforum, das Managementinformationen und Hintergrundwissen liefert und das vorallem für Führungsaufgaben im Gesundheitswesen fit macht. [G+G, Die BKK, die Ersatzkasse] Alle drei Zeitschriften erscheinen monatlich mit rund 15 Artikeln, die auf maximal 60 Seiten ver-

teilt sind.⁶⁴ Außerdem haben bei allen drei Zeitschriften die jeweiligen Bundesverbände die Herausgeberschaft inne.

Mit Blick auf die Hypothesen in Abschnitt 10.1, die sich inhaltlich alle auf den Zeitraum nach der Einführung der Organisationsreform von 1992 beziehen, bietet sich als Untersuchungszeitraum 1990 bis 2002 an. 1990 ist als Anfangspunkt geeignet, weil die Organisationsreform unter und für die Bedingungen der vereinten Bundesrepublik Deutschland konzipiert wurde und außerdem drei Jahre vor der Organisationsreform für die Erhebung von Vergleichsdaten ausreichen dürfte. Für 2002 als Ende des Untersuchungszeitraums spricht, dass nach vier Jahren Erwartungssicherheit bezüglich der Umsetzung der Organisationsreform plus den sechs Jahren, in denen die Organisationsreform vollständig umgesetzt war, auch vergleichsweise langsame Wettbewerbspositionierungen auf Mitgliedskassenebene auf die Bundesverbandsebene durchgeschlagen sein dürften und damit mit der Inhaltsanalyse erfasst werden können.

In Anbetracht des Zeitraums von dreizehn Jahren und der Absicht, Artikel der Verbandszeitschriften der Wahlklassen als Untersuchungsmaterial zu verwenden, die immerhin monatlich erscheinen und damit potentiell 507 Ausgaben mit zirka 7605 Artikeln für eine Inhaltsanalyse verfügbar wären, die zu einem großen Teil mittels aufwendiger Scannarbeiten erst maschinenlesbar gemacht werden müssen, lohnt sich eine thematische Eingrenzung der Artikel, die in die Analyse eingehen sollen. Mit Blick auf das Ziel der Überprüfung von Hypothesen über Interessen, die von den Bundesverbänden in Reaktion auf die Einführung der Organisationsreform — also in Reaktion auf die Einführung von reguliertem Wettbewerb — gefunden werden, erscheint eine Eingrenzung der Inhaltsanalyse auf alle Artikel, die sich thematisch in irgendeiner Form mit Wettbewerb auseinandersetzen, sinnvoll. Mit einem in dieser Weise zusammengestellten Textkorpus dürften alle in Reaktion auf die Einführung von reguliertem Wettbewerb diskutierten Umgangsvorschläge erfasst sein, die außerdem dem Umgang der Krankenkassenfunktionäre mit diesem Thema vor Ernstwerdung des Themas gegenüberstellt werden können.

Um die Vollständigkeit des Textkorpus zu gewährleisten, fanden die pro Jahrgang von den Verbandszeitschriften zusammengestellten Stichwortverzeichnisse Verwendung. Aufnahme in den Textkorpus fanden alle dort aufgelisteten Artikel, die im Zusammenhang mit Stichwörtern genannt wurden, die entweder im direkten Zusammenhang zur Steuerungsmaßnahme »Einführung von reguliertem Wettbewerb« stehen oder mit den vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerbsparametern »Qualität und Wirtschaftlichkeit« zu tun haben.

⁶⁴Die Verbandszeitschrift der Ersatzklassen ist von den drei Verbandszeitschriften die Zeitschrift, die am wenigsten umfangreich ist.

Tabelle 8: Artikel- und Wörtermengenverteilung der Verbandszeitschriften der AOK, BKK und Ersatzkassen von 1990 bis 2002

Jahr	G+G		Die BKK		die Ersatzkasse	
	Artikel	Wörter	Artikel	Wörter	Artikel	Wörter
1990	13	17.546	10	18.311	10	16.696
1991	17	30.336	10	20.361	8	24.509
1992	34	59.124	22	55.267	7	10.655
1993	45	104.903	39	126.741	14	31.695
1994	33	53.590	29	64.963	10	20.495
1995	40	69.998	24	49.454	17	24.760
1996	38	60.338	20	44.716	17	27.031
1997	37	67.936	29	62.103	12	16.946
1998	31	44.299	41	91.180	12	12.655
1999	16	16.928	40	84.007	12	16.401
2000	15	35.310	30	69.214	18	18.898
2001	18	30.895	19	38.582	13	17.144
2002	11	21.156	12	30.439	14	17.521
Σ	348	685.080	325	857.668	164	292.678

Gemäß dieser Auswahlkriterien wurden die jährlich zusammengestellten Stichwortverzeichnisse von 1990 bis 2002 erst auf relevante Einträge durchsucht und danach wurde sich für die Berücksichtigung der Artikel entschieden, die im Zusammenhang mit den folgenden Stichwörtern gefunden wurden:

- Wettbewerb, Organisationsreform, Gesundheitsstrukturgesetz, Wahlfreiheit, Kassenwahl, Wahlrecht, Risikostrukturausgleich, managed care, Qualität und Wirtschaftlichkeit,

Auf diese Weise wurden insgesamt 837 Artikel mit knapp zwei Millionen Wörtern identifiziert, die für die Durchführung einer computerunterstützten Inhaltsanalyse maschinenlesbar (möglichst als Textdatei) vorliegen müssen. Auf Nachfrage stellt die Autorin die Liste der einzelnen Artikel gern zur Verfügung. Wie sich diese Artikel mit ihrer unterschiedlichen Wörteranzahl auf die einzelnen Jahrgänge und Verbandszeitschriften verteilen, ist in Tabelle 8 einzusehen. Zehn der 39 betroffenen Jahrgänge wurden der Autorin nach Anfrage bei den entsprechenden Redaktionen auf CD Rom zur Verfügung gestellt⁶⁵ und die Artikel,

⁶⁵»Gesundheit und Gesellschaft«: 1998, 1999, »Die BKK«: 1999, 2000, 2001, »die Ersatzkasse«: 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.

die in den übrigen Jahrgängen veröffentlicht waren, wurden mittels Scanner eingelesen und mit dem Texterkennungsprogramm ABBYY FineReader bearbeitet.

Während die Konvertierung der PDF-Dateien der CDROMs in Textdateien verhältnismäßig wenig Zeit für sich beanspruchte⁶⁶, mussten die mit Hilfe des ABBYY FineReader erkannten Texte sehr zeitaufwendig auf typische Fehler von Texterkennungsprogrammen überprüft werden. Ein typischer Fehler war beispielsweise die Verwechslung von »ri« mit einem »n«. Am Ende lagen alle 837 Artikel sortiert nach Jahr und Verbandszeitschrift als Textdatei — also ohne Bilder, Abbildungen, Tabellen, ... — vor, die dann mit TEXT-PACK nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten weiterverarbeitet werden konnten.

10.3.2 Kategoriensystem

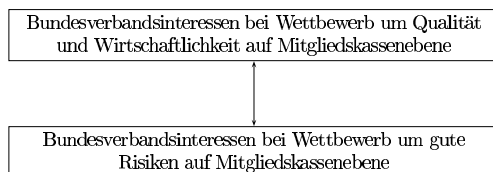
Nachdem nun der für die Überprüfung der Hypothesen in Abschnitt 10.1 geeignete Textkorpus zusammengestellt ist, fehlt nur noch das sogenannte Diktionär, mit dessen Hilfe die in diesem Textkorpus enthaltenen Interessen der Autoren gemessen werden sollen. In Betracht der inhaltlichen Begrenztheit eines solchen Diktionärs, das heißt es muss vorher festgelegt werden, welche Interessen gemessen werden sollen, orientiert sich seine inhaltliche Ausrichtung an den theoretisch hergeleiteten Hypothesen über die Auswirkung der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände. Unter Berücksichtigung der am Ende des Abschnitts 10.1 erfolgten Einschränkung der zu untersuchenden Kassenarten lauten die mit dem Diktionär zu prüfenden Hypothesen:

- Die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen haben Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und ihre innerverbandlichen Einfluss- und Mitgliedschaftslogiken sind vergleichsweise gleichgerichtet.
- Der Bundesverband der BKK hat weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite als die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen und sein innerverbandliches Konfliktniveau ist höher als das der Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen.

Die Hypothesen über die innerverbandlichen Konfliktniveaus fanden bei der Diktionärbildung keine Berücksichtigung, da deren Überprüfung nur mit Blick auf die Unterschiedlichkeit der gemessenen Interessen auf Mitglieds-kassen- und Verbandsebene erfolgen kann.

⁶⁶Hier half das OpenSource-Programm: pdftotext (URL: <http://www.snapfiles.com/get/pdftotext.html>), das auch Teil des SuSE LINUX 8.2-Standardpakets ist.

Abbildung 17: Erster Schritt: 2 Hauptkategorien des Diktionärs



Diese Hypothesen werden erst wieder im Auswertungsteil des vorliegenden Kapitels aufgegriffen.

Der Vorgang einer Diktionärbildung ist ein Prozess, bei dem zuerst ein grobes Kategorienschema entworfen wird, welches dann sukzessive mit Subkategorien verfeinert wird, denen dann letzten Endes anhand klarer Inhaltsdefinitionen einzelne Wörter und Wortketten zugeordnet werden können. Während im vorliegenden Abschnitt 10.3.2 zunächst die Bildung des Kategoriensystems geschildert wird, wird in Abschnitt 10.3.3 der Vorgang der konkreten Bestückung des Kategoriensystems beschrieben.

Gemäß der für die Mitgliedskassenebene identifizierten zwei Idealformen von Wettbewerb⁶⁷, die sich auf Bundesverbandsebene vermutlich als mehr oder weniger Interesse an Kollektivverhandlungen niederschlagen⁶⁸, von deren Niederschlag wiederum die Ausprägung der Interessen der Bundesverbände an Qualität und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite abhängen dürfte⁶⁹, wurden zuerst zwei Hauptkategorien als Ausgangsbasis festgelegt. Ausgehend von diesen zwei Hauptkategorien erfolgte die sukzessive Verfeinerung mit Subkategorien. Die eine Hauptkategorie heißt dementsprechend »Bundesverbandsinteressen bei Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit auf Mitgliedskassenebene« und die andere Hauptkategorie heißt »Bundesverbandsinteressen bei Wettbewerb um gute Risiken auf Mitgliedskassenebene«. Diese zwei Hauptkategorien sind in Abbildung 17 anschaulich einander gegenübergestellt.

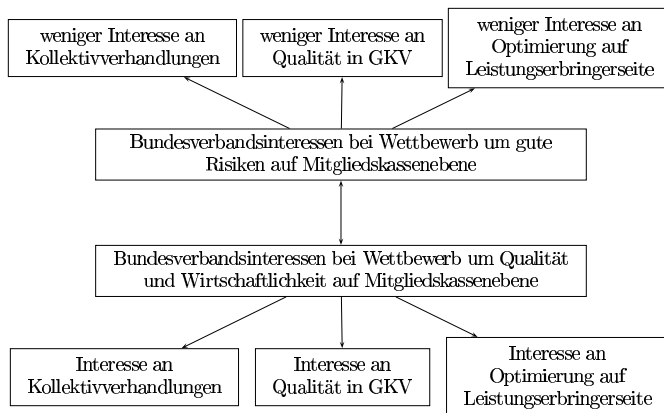
An dieser Zweiteilung auf oberster Ebene des Kategoriensystems anknüpfend, boten sich die in Abhängigkeit von den Wettbewerbsstrategien auf Mitgliedskassenebene für die Bundesverbandsebene identifizierten zwei Interessenbündel für eine erste Verfeinerung mit Subka-

⁶⁷Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives Fall- und Vertragsmanagement und Wettbewerb um gute Risiken. Siehe Abschnitt 9.2.

⁶⁸Siehe Abschnitt 9.3.

⁶⁹Siehe Abschnitt 10.1.

Abbildung 18: Zweiter Schritt: 2 Hauptkategorien plus je 3 Subkategorien des Diktionärs



tegorien an: »Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite« und »weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite«. Das entsprechend verfeinerte Kategoriensystem ist in Abbildung 18 dargestellt.

Neben der Anforderung an ein Kategoriensystem und damit auch an ein Diktionär, dass es relevant bezüglich der Forschungsfrage sein muss, existieren noch weitere Qualitätskriterien, die im Zuge einer Diktionärbildung berücksichtigt werden sollten:

- Ein Kategoriensystem muss vollständig sein, das heißt jede Kategorie muss inhaltlich vollständig ausgeschöpft werden und dementsprechend muss es auch immer eine Gegenkategorie geben⁷⁰.
- Die im Kategoriensystem enthaltenen Kategorien müssen eindimensional sein. Das heißt, die einer Kategorie zugeordneten Wörterliste darf sich nur eine logische Einheit widerspiegeln.
- Es muss beim Kategoriensystem auf die Trennschärfe zwischen den einzelnen Katego-

⁷⁰Dieses Qualitätskriterium steht nicht im Konflikt mit den Annahmen der ‚Saliency Theory‘, dass unterschiedliche Themen mit generell positiven Zielsetzungen unterschiedlich stark betont werden. Mit Gegenkategorien werden lediglich die Nennungen von konkreten Alternativthemen eingefangen, die ebenfalls mit generell positiven Zielsetzungen unterschiedlich stark betont werden. Mehr dazu in Abschnitt 10.2.

rien geachtet werden und wenn Überschneidungen erlaubt sind, müssen diese explizit begründet sein. [Krippendorff, 214ff.] [ZUMA-WS]

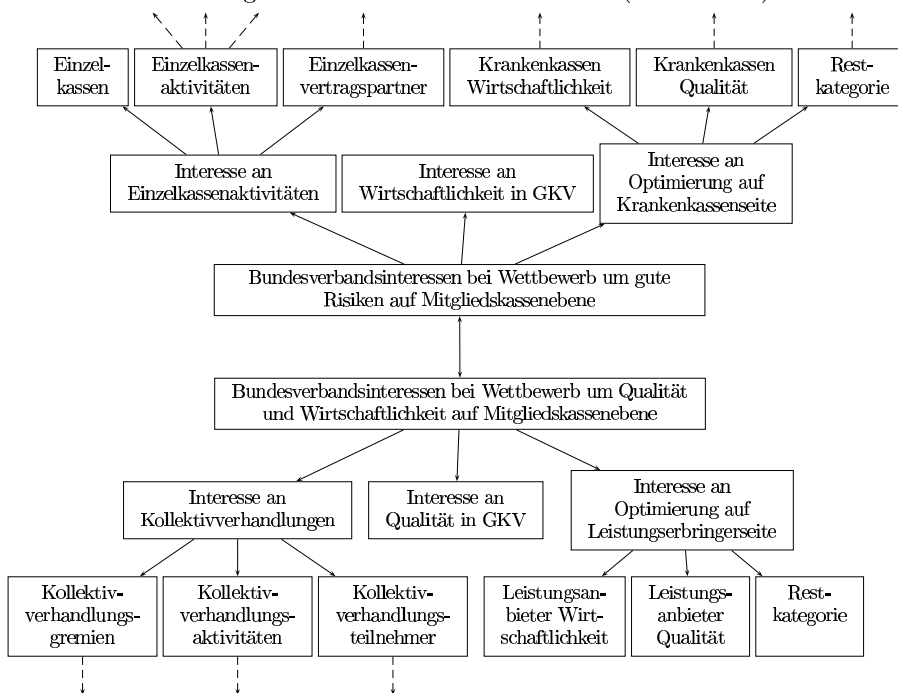
Mit Blick auf den in Abbildung 18 dargestellten Stand der Diktionärbildung erforderten diese Qualitätskriterien folgende weitere Arbeitsschritte:

- Es mussten inhaltlich sinnvolle Gegenkategorien zu den »Interessen«-Kategorien gefunden werden, denn eine »weniger Interesse«-Kategorie ist keine trennscharfe Gegenkategorie.
- Die Subkategorien auf der ersten Ebene wurden solange in weitere Subkategorien aufgeschlüsselt werden, bis nur noch eine logische Einheit pro Kategorie erfasst wird.
- Es mussten für alle einzelnen Kategorien möglichst trennscharfe Inhaltsdefinitionen im Vorfeld der Bestückung des Kategoriensystems festgelegt werden.

Wenn also — so die Idee zum Thema Gegenkategorie — weniger Interesse an den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel gebündelten Interessen auf Seiten des betreffenden Bundesverbandes besteht, so müsste sich dieses weniger Interesse nicht nur anhand weniger Nennungen dieser Interessen nachweisen lassen, sondern es müssten auch gleichzeitig mehr Interessen genannt werden, die thematisch in die entgegengesetzte Richtung orientiert sind. Als inhaltlich sinnvolle Gegenkategorien, die im Gegensatz zu den »weniger Interesse«-Kategorien inhaltliche Trennschärfe zu den Kategorien: Interesse an Kollektivverhandlungen, Interesse an Qualität der GKV und Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite, aufweisen, wurde sich für die Kategorien: Interesse an Einzelkassenaktivitäten, Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV und Interesse an Optimierungsstrategien auf der Krankenkassenseite, entschieden.

Mit Blick auf diese drei Gegensatzpaare konnten dann die Kategorien ermittelt werden, die noch einer weiteren Verfeinerung durch weitere Subkategorien bedurften. Außer die Kategorien »Interesse an Qualität der GKV« und »Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV« bestand bei allen restlichen vier Kategorien Verfeinerungsbedarf. Als besonders anspruchsvoll stellte sich die Kategorie »Interesse an Einzelkassenaktivitäten« heraus, für die eine Ebenentiefe von sechs erforderlich war. Wegen der inhaltlich unvermeidlichen Überlappung einer dieser Subkategorien mit der Kategorie »Interesse an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite« haben einige Einträge zunächst zwei Codes im Diktionär zugewiesen bekommen, die allerdings im Rahmen der Auswertung bei Bedarf nur einmal Berücksichtigung fanden.

Abbildung 19: Endversion des Diktionäraufbaus (Ebenentiefe 3)



Ausgehend von der Unterscheidung auf höchster Ebene zwischen »Bundesverbandsinteressen bei Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit auf Mitgliedskassenebene« und »Bundesverbandsinteressen bei Wettbewerb um gute Risiken auf Mitgliedskassenebene« ist die Struktur des für die folgende Inhaltsanalyse verwendeten Diktionärs in Abbildung 19 mit einer Ebenentiefe von drei als Baum dargestellt. Mit einer Pfadlänge von drei sind alle direkt miteinander vergleichbaren Kategorien und Gegenkategorien abgebildet. Tiefer tauchen Abweichungen auf, die den unterschiedlichen Kategorieinhalten geschuldet sind und mit Blick auf die nötige Eindimensionalität der Kategorien auf unterster Ebene nicht vermeidbar waren. Die gestrichelten Pfeile stehen für die Existenz weiterer Kategorieebenen. Ein Gesamtüberblick über den kompletten Diktionäraufbau mit der Inhaltsdefinition jeder einzelnen Kategorie ist in Anlage A finden.

10.3.3 Zur Bestückung des Kategoriensystems

Nach endgültiger Festlegung der Struktur des Kategoriensystems wurde mit Blick auf die Definitionen des Soll-Inhalts der einzelnen Kategorien nach passenden Einträgen des Diktionärs gesucht. Zum Beispiel soll die Kategorie »Kollektivverhandlungsgremien« alle Wörter enthalten, die inhaltlich für Kollektivverhandlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen.

Mit Blick auf das Ziel, möglichst alle relevanten Einträge zu finden, wurden alphabetisch sortierte Listen aller im Textkorpus enthaltenen Wörter mit Hilfe von TEXTPACK erzeugt, anhand derer dann systematisch nach in Frage kommenden Kategorieinträgen gesucht wurde. In Anbetracht der Länge dieser Wortlisten wurde hier oft mit Hilfe der »Such«-Option nach einschlägigen Zeichenketten gesucht. Auf diese Weise wurden beispielsweise Zeichenketten wie „effekt“, „effiz“ und „wirt“ genutzt, um relevante Wörter zu finden, die potentiell ein Interesse an Wirtschaftlichkeit anzeigen. Für die auf diese Art und Weise gefundenen Wörter, die gemäß der Inhaltsdefinitionen der Kategorien eventuell in Frage kommen könnten, wurden dann, ebenfalls mit Hilfe von TEXTPACK, sogenannte KWIC⁷¹- und KWOC-Listen⁷² erzeugt. Anhand dieser Listen wurde entschieden, ob das betreffende Wort einzeln oder zusammen mit Wörtern aus seinem Wortumfeld in die betreffende Kategorie des Diktionärs gehört oder ob es doch nicht dort hineingehört.⁷³

Die Entscheidung, ob ein Einzelwort oder ein Einzelwort zusammen mit Wörtern aus seinem Wortumfeld ins Diktionär aufgenommen wird, war inhaltlich geleitet. Zum Beispiel wurde nach Betrachtung des Wortumfeldes von „Ausschuß“ beziehungsweise „Ausschuss“ deutlich, dass dieser Begriff durch die Hinzunahme von Wortumfeld-Wörtern als Eintrag unter »Kollektivverhandlungsgremien« spezifiziert werden muss, weil beispielsweise auch der „Ausschuss für Arbeit und Soziales“ gemeint sein könnte und damit keine Kollektivver-

⁷¹Mit Hilfe der »Keyword in Context«-Option werden Listen erzeugt, mit deren Hilfe man das Wortumfeld eines Wortes, das auf eine Zeile passt, begutachten kann.

⁷²Mit Hilfe der »Keyword out of Context«-Option werden Listen erzeugt, mit deren Hilfe man den ganzen Satz, der zu einem Wort gehört, begutachten kann. Auf KWOC-Listen wurde zurückgegriffen, wenn die mit den KWIC-Listen angezeigten Wortumfelder für die Einschätzung, ob das Wort oder die Wortkette für eine der Kategorien in Frage kommt, nicht ausreichen.

⁷³Neben dieser Entscheidung wäre während der Betrachtung der KWIC- und KWOC-Listen außerdem aufgefallen, wenn die letztendlich ins Diktionär aufgenommenen Wörter und Wortketten Teil von verneinenden Äußerungen gewesen wären. Da dies nicht der Fall war, wird angenommen, dass die Annahme der ‚Saliency Theory‘: Parteien konkurrieren um Wählerstimmen, indem sie unterschiedliche Themen mit generell positiven Zielsetzungen unterschiedlich stark betonen, so dass über die Häufigkeit der Nennung eines Themas, Rückschlüsse auf deren Interessen gezogen werden können, auf den mittels Verbandszeitschriften mutmaßlich eingefangenen Interessenvermittlungsprozess der Krankenkassen übertragen werden kann. Mehr dazu in Abschnitt 10.2.

handlungsaktivität der gemeinsamen Selbstverwaltung im bundesdeutschen Gesundheitswesen angezeigt wird. Zwei Beispiele für diese Art von Einträgen der Kategorie »Kollektivverhandlungsgremien« sind: „Ausschuss Krankenhaus“ und „Ausschuss »Ärztliche Behandlung«“. Im Gegensatz dazu bestand beispielsweise beim Eintrag „Bundesausschuß“ keine solche Verwechslungsgefahr.

Enthält also das Diktionär neben Einzelworteinträgen auch Wortketten-Einträge, musste demnach das Ursprungswort mit Blick auf seine ihm übergeordnete Kategorie mit Hilfe seines Wortumfeldes inhaltlich präzisiert werden. Allerdings ist die inhaltlich deutliche Nachvollziehbarkeit der oben genannten Beispiele solchen Wortketten nicht immanent. So gibt es auch Wortketten im Diktionär, bei denen das Ursprungswort, zum Beispiel „Ausschuß“, inhaltlich nicht durch das dazugehörige Wortumfeld präzisiert wird. Ein Beispiel für so einen Diktionäreintrag ist „Ausschuß von KBV und Spitzenverbänden“. Ein Blick auf ein noch größeres Wortumfeld solcher Einträge im Textkorpus selbst wird jedoch immer bestätigen, dass es sich um Einträge handelt, die mit Blick auf die Inhaltsdefinition der jeweiligen Kategorie gesucht waren. In seltenen Fällen wurde dieses Prinzip umgekehrt praktiziert und anstatt, dass das gesuchte Wort durch sein Wortumfeld im Diktionär präzisiert wurde, wurden die Ausnahmen, die nicht mittels Diktionär codiert werden sollen, in einer Stoppwörterliste gesammelt, mit deren Hilfe die betreffenden Wörter bei der Diktionärcodierung ausgespart werden konnten. Von dieser Option wurde nur Gebrauch gemacht, wenn die ‚falsche‘ Benutzung des Diktionäreintrages sehr selten vorkam und deshalb die Präzisierung des betreffenden Eintrages im Diktionär mehr Arbeitsaufwand mit sich gebracht hätte. Während dieser Arbeiten war viel Detailwissen über die Organisation des bundesdeutschen Gesundheitswesens gefragt, welches bei Bedarf nachgelesen wurde. Die wichtigsten Hilfsmittel waren das Lehrbuch von Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger, der SGB V-Leitfaden von Wilhelm und Bernhard Schmidbauer und die Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit. [Schmidbauer, Rosenbrock/Gerlinger]

Neben dieser Prozedur, die nicht nur hilft, die Kategorien des Diktionärs zu bestücken, sondern vorallem auch die Validität der Diktionäreinträge sichern hilft, werden von TEXT-PACK noch drei andere Optionen hierfür angeboten: »write back«, »leftover« und »validate dictionary«. Von allen drei Optionen wurde von der Autorin Gebrauch gemacht.

Mit der »write back«-Option wurden die mittels Diktionär vergebenen Codes in ihrem Textumfeld betrachtet und überprüft, ob das Textumfeld verrät, dass es sich um ein Wort aus der Kategorie XY handelt. Diese Überprüfung geschah in Anbetracht der Größe des Textkorpus nur stichprobenartig. Mit Hilfe der sogenannten »Leftover«-Option wurden

einzelne Artikel identifiziert, denen im Zuge der Codierung kein Code aus dem benutzten Diktionär zugewiesen wurde. Mit dieser Option wurden insgesamt dreizehn solcher Artikel gefunden. Da diese Artikel aus einem Textkorpus stammen, der speziell für die Überprüfung der im Diktionär operationalisierten Interessen zusammengestellt wurde, liegt die Vermutung nahe, dass in diesen Artikel eventuell Wörter verwendet werden, die eigentlich in eine der Kategorien des Diktionärs gehören und aus unbekannten Gründen bisher übersehen wurden. Entsprechend wurden diese Artikel nach übersehenen Wörtern durchsucht. Auf diesen Weg gelangte das Wort „Behandlungsdauer“ in das Diktionär, das dort der Kategorie »Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite« zugewiesen wurde. Im Gegensatz zur »write back«- und »leftover«-Option dient die »validate dictionary«-Option nicht der Verbesserung der Qualität des Diktionär, sie dient vielmehr der Bewertung der Qualität des zur Verwendung vorgesehenen Diktionärs.

Mit der »validate dictionary«-Option werden Listen von genutzten Diktionäreinträgen erstellt, mit deren Hilfe ein Vergleich der Textabdeckungsquoten des gesamten Diktionärs und/oder der verschiedenen Kategorien zwischen den verschiedenen Verbandszeitschriften möglich wird. Solche Quoten sollten sich möglichst wenig voneinander unterscheiden. Wenn zum Beispiel die Textabdeckungsquote des verwendeten Diktionärs bei einer der drei Verbandszeitschriften deutlich höher ist, könnte die Ursache ein unzulässiges Übergewicht an Berücksichtigung der einen Zeitschrift gegenüber den zwei anderen Zeitschriften sein. Ein solches Übergewicht würde letztendlich zu Messfehlern bei der Anwendung des Diktionärs führen und würde entsprechend eine Nachbearbeitung des Diktionärs erfordern. Besonders einleuchtend ist dieses Argument für die Textabdeckungsquote des gesamten Diktionärs. Neben der Bewertung der Qualität des Diktionärs anhand der Betrachtung der Differenzen zwischen den Textabdeckungsquoten bietet außerdem die Höhe der Abdeckungsquoten Information über die Qualität des Diktionärs. Mit Blick auf den speziell für die Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform zusammengestellten Textkorpus, sollten die Textabdeckungsquoten nicht allzu gering ausfallen. Ein anerkannter Maßstab existiert in diesem Zusammenhang jedoch nicht.

Nachdem nun geklärt ist, auf welche zwei Eigenschaften der Textabdeckungsquoten geachtet werden muss, sind die mit Hilfe der »validate dictionary«-Option ermittelten Textabdeckungsquoten des inzwischen vollendeten Diktionärs für den aus allen Wettbewerbsartikeln der drei Verbandszeitschriften zusammengestellten Textkorpus in Tabelle 9 berichtet. Die Textabdeckungsquoten des letztendlich für die Codierung der Interessen der Krankenkassenfunktionäre verwendeten Diktionärs wurden ermittelt, indem alle typisch

Tabelle 9: Textabdeckungsquoten des gesamten Diktionärs

Wortklassen	G+G	Die BKK	die Ersatzkasse
Wörter gesamt	685.080	857.668	292.678
Stoppwörter	248.017	302.683	101.483
codierte Wörter	26.968	33.548	11.920
Abdeckungsquote	6,17%	6,04%	6,23%

bedeutungslosen Wörter (sogenannte Stoppwörter): Artikel, Pronomen, Adverbien, Präpositionen, Hilfsverben und Zeitungsrubrikwörter, die mindestens 200 mal im Textkorpus vorkommen, von der Ermittlung der Gesamtörter-Anzahl ausgeschlossen wurden und diese Gesamtörterzahl der Summe der mittels Diktionär vergebenen Codes gegenübergestellt wurde. Mit Blick auf die oben genannten Bewertungskriterien der Qualität des Diktionärs: die Differenzen zwischen den Textabdeckungsquoten der einzelnen Verbandszeitschriften sollten möglichst gering sein und die Höhe der Textabdeckungsquoten sollte dagegen nicht zu gering ausfallen, eignet sich das Diktionär für die Überprüfung der Hypothesen:

- Die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen haben Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und ihre innerverbandlichen Einfluss- und Mitgliedschaftslogiken sind vergleichsweise gleichgerichtet und
- der Bundesverband der BKK hat weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite als die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen und sein innerverbandliches Konfliktniveau ist höher als das der Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen,

Die Differenzen der Textabdeckungsquoten fallen mit 0,06 und 0,19 Prozent im Verhältnis zu maximal 6,23 Prozent Textabdeckungsquote »der Ersatzkasse« gering aus und die Höhe der durchschnittlichen Textabdeckungsquote von 6,14 Prozent erscheint ebenfalls zufriedenstellend. Im Durchschnitt geht bei einer Textabdeckungsquote von 6,14 Prozent zirka jedes sechzehnte Wort in die Analyse ein. Das Diktionär, so wie es für die Vercodungsprozedur des in Abschnitt 10.3.1 beschriebenen Textkorpus verwendet wurde, die dazugehörige Stoppwörterliste, sowie die Stoppwörterliste, die für die Ermittlung der Textabdeckungsquoten des Diktionärs verwendet wurde, sind über die Autorin erhältlich.

10.4 Inhaltsanalyse und Auswertung

Für die Inhaltsanalyse, also für die Codierung der im Diktionär operationalisierten Interessen, wurde der in Abschnitt 10.3.1 beschriebene Textkorpus mit Blick auf die Autorenschaft in drei Teile aufgeteilt: ein Textkorpus mit ausschließlich Artikeln, die von Bundesverbandsfunktionären verfasst wurden, ein Textkorpus mit ausschließlich Artikeln, die von Landesverbands⁷⁴- und Mitgliedskassenfunktionären verfasst wurden und ein Textkorpus mit ausschließlich Beiträgen, die keiner Krankenkassen-Organisationsebene zuzuordnen waren⁷⁵. Alle drei Textkorpora wurden mittels Identifikatorenvergabe auf Jahres-, Monats- und Artikelbasis untergliedert, so dass die Verteilung der Codierungen bis auf die Arteikebene jederzeit zurückzuverfolgen ist. Als Codierungsart wurde die sogenannte TAB-Codierung gewählt, mit der die Häufigkeit des Auftretens einer Kategorie pro Texteinheit numerisch festgehalten wird. Im Zuge der anhand dieser Textkorpora erfolgten Überprüfung der in Abschnitt 10.1 aufgestellten zwei Hypothesen:

- Die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen haben Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und ihre innerverbandlichen Einfluss- und Mitgliedschaftslogiken sind vergleichsweise gleichgerichtet und
- der Bundesverband der BKK hat weniger Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV, an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite als die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen und sein innerverbandliches Konfliktniveau ist höher als das der Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen,

stellte sich heraus, dass mit dem Textkorpus, der ausschließlich Beiträge beinhaltet, die keiner Krankenkassen-Organisationsebene zuzuordnen waren, nichts sinnvolles anzufangen ist.⁷⁶ Die Größen der letztendlich in die Analyse eingehenden Textkorpora sind in Tabelle 10 dargestellt.

⁷⁴Nur bei Co-Autorenschaft.

⁷⁵Zum Beispiel Interviews mit Gesundheitsministern oder Bundestagsabgeordneten, Informationen über neue Gesetze, Dokumentationen von Workshops und Kongressen.

⁷⁶Ursprünglich war angedacht, den gesamten Textkorpus — also alle drei Textkorpora — für die Analyse der Interessen der Bundesverbände der Krankenkassen zu verwenden. Für die Frage nach den Interessen auf der Mitgliedskassenebene sollte eine Extra-Textbasis gefunden werden. Nachdem sich jedoch herausstellte, dass der Textkorpus der Verbandszeitschriften das Potential zur Zusammenstellung von Textkorpora für beide Organisationsebenen hatte, wurde sich für die oben genannte Vorgehensweise entschieden und der Textkorpus mit Artikeln, die keiner dieser Organisationsebenen zuzuordnen waren, blieb entsprechend übrig. Später gab es noch die Idee, diesen Textkorpus für eine sogenannte Tagesgeschäfts-Gewichtung des Inhalts der beiden anderen Textkorpora zu verwenden, die sich allerdings als unnötig herausstellte.

Tabelle 10: Größe der Textkorpora nach Verbandszeitschrift und Autorenschaft in Wörtern

Organisationsebene	G+G	Die BKK	die Ersatzkasse	Σ
Bundesverband	398.279	431.695	144.728	974.702
Mitgliedskassen	74.769	76.136	21.617	172.522

Mit dem Ziel, die in den zwei Hypothesen über die Auswirkung der Organisationsreform enthaltenen Annahmen über das Interesse der Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite und das im Verhältnis dazu weniger ausgeprägte Interesse des Bundesverbandes der BKK an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite nach der Organisationsreform systematisch zu überprüfen, werden in den Abschnitten 10.4.1, 10.4.2, 10.4.3 und 10.4.4 zum einen die Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen im Vergleich zum Zeitraum vor der Organisationsreform betrachtet und zum anderen werden die für den Zeitraum nach der Organisationsreform festgestellten Interessenausprägungen der Bundesverbände einander gegenübergestellt.

Während die Gegenüberstellung der Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen direkt auf die Überprüfung der Annahmen über die Auswirkung der Organisationsreform abzielt, soll die Betrachtung der Interessen im Zeitverlauf helfen, die Organisationsreform als Ursache dieser Interessenausrichtung zu bestätigen. Bei der Gegenüberstellung der Interessen der Bundesverbände sowie bei der Betrachtung der Interessen im Zeitverlauf kommen Signifikanztests auf Unterschiedlichkeit und arithmetische Mittelwertsvergleiche zur Anwendung und es werden Korrelationen von Interessen betrachtet.⁷⁷ Im Anschluss daran folgt in Abschnitt 10.4.5 die Überprüfung der in den zwei Hypothesen über die Auswirkung der Organisationsreform enthaltenen Annahmen über die unterschiedlichen innerverbandlichen Konfliktniveaus der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen. Für die Beantwortung der Frage nach der Größe des innerverbandlichen Konfliktniveaus zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik findet der sogenannte Hodges-Lehmann-Schätzer Anwendung. Während sich die statistische Überprüfung der Annahmen über die Interessen der Bundesverbände nach der Organisationsreform ausschließlich auf

⁷⁷Eine Zeitreihenanalyse bot sich nicht an, weil die Häufigkeitsverteilungen für die Zeit nach der Organisationsreform nur einen Interessenvermittlungsprozess zum Thema Wettbewerb repräsentieren. Also ist der hier gemessene Interessenvermittlungsprozess nur als eine singuläre Reaktion der Bundesverbände der Krankenkassen auf ein singuläres Ereignis zu behandeln. Das Wort „Prozess“ ist hier ein wenig irreführend.

den Textkorpus mit den Artikeln der Bundesverbandsfunktionäre stützt, wird für die Überprüfung der Konfliktniveau-Annahme, neben dem Bundesverbands-Textkorpus, der Textkorpus mit den Artikeln der Landesverbands- und Mitgliedskassenfunktionäre verarbeitet. Alle im Folgenden berichteten Berechnungen basieren auf relativen Worthäufigkeiten, die ein ordinalskaliertes Messniveau aufweisen.

Der Aufbau der Auswertung orientiert sich am Prinzip des ‚Heranzoomens‘. Das heißt, es wird sich ein globaler Überblick verschafft, dessen Fokus sukzessive mit Blick auf die zu untersuchenden inhaltlichen Hypothesen schärfer gestellt wird. Während es die Ebene der einzeln betrachteten Texteinheiten ist, auf der die verschiedenen statistischen Auswertungsverfahren ansetzen, sind die statistischen Hypothesen, gemäß der zentralen Annahme, dass sich die wegen der Organisationsreform geänderten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen im Schreibprozess der entsprechenden Verbandsfunktionäre niederschlagen, für die Schreibprozessebene P formuliert. Die Bezeichnung P zusammen mit »< OR« oder »> OR« markiert den Schreibprozess der Verbandsfunktionäre vor und nach der Organisationsreform. Wird das P in Verbindung mit AOK, BKK oder EK genannt, ist speziell der für diese Kassenarten betrachtete Schreibprozess gemeint. Tauchen diese Kassenartenbezeichnungen zusammen mit den Abkürzungen »koll« für das Interesse an Kollektivverhandlungen, »einz« für das Interesse an Einzelkassenaktivitäten, »qual« für das Interesse an Qualität der GKV, »wirt« für das Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV, »ole« für das Interesse an Optimierung auf Leistungserbringerseite oder »okk« für das Interesse an Optimierung auf Krankenkassenseite auf, dann sind speziell die Schreibvorgänge der Verbandsfunktionäre von AOK, BKK oder Ersatzkassen zu diesen Themen gemeint. Zum Zweck der Unterstützung der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Auswertungsschritte zur Analyse der Interessen auf Bundesverbandsebene wird die Art des genutzten statistischen Verfahrens den jeweils bearbeiteten Texteinheiten, die immer in einer entsprechend der aufgeworfenen statistischen Nullhypothese angepassten Neuordnung anzutreffen sind, in einer Abbildung anschaulich zugeordnet. Als Ausgangsschema zur Darstellung der jeweiligen mit statistischen Auswertungsverfahren bearbeiteten Texteinheiten bietet sich die Darstellung der Datenlage für die Bundesverbandsebene an. Die Datenlage für die Bundesverbandsebene ist in Abbildung 20 dargestellt.⁷⁸ Die pro Bundesverband mit den untersuchten Einzelinteressen gefüllten sechs Zeilen in Abbildung 20 dienen hier nur der Andeutung der mittels Diktionär durchgeführten Codierung des Textkorpus und besetzen in Wahrheit natürlich nicht zu gleichen Teilen immer ein Sechstel der Interessenvermitt-

⁷⁸Die Darstellung der Datenlage für die Mitgliedskassenebene würde genauso aussehen.

Abbildung 20: Datenlage

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AOK				Interesse an Kollektivverhandlungen (koll)									
				Interesse an Einzelaktivitäten (einz)									
				Interesse an Qualität der GKV (qual)									
				Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV (wirt)									
				Interesse an Optimierung auf Leistungserbringerseite (ole)									
				Interesse an Optimierung auf Krankenkassenseite (okk)									
BKK				Interesse an Kollektivverhandlungen (koll)									
				Interesse an Einzelaktivitäten (einz)									
				Interesse an Qualität der GKV (qual)									
				Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV (wirt)									
				Interesse an Optimierung auf Leistungserbringerseite (ole)									
				Interesse an Optimierung auf Krankenkassenseite (okk)									
EK				Interesse an Kollektivverhandlungen (koll)									
				Interesse an Einzelaktivitäten (einz)									
				Interesse an Qualität der GKV (qual)									
				Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV (wirt)									
				Interesse an Optimierung auf Leistungserbringerseite (ole)									
				Interesse an Optimierung auf Krankenkassenseite (okk)									

12/1992: gesetzliche Implementierung der Organisationsreform

lungsprozesse der Bundesverbände der Krankenkassen — genau diese Verteilung gilt es im Folgenden zu untersuchen.

10.4.1 Interessenwandel

Einführend bietet sich die statistische Überprüfung an, ob sich die Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzklassen vor und nach der Organisationsreform überhaupt signifikant voneinander unterscheiden. In Anlehnung an das Prinzip des ‚Heranzoomens‘ wird zuerst geprüft, ob sich die Gesamtheit der erhobenen sechs Interessen bundesverbandsübergreifend vor und nach der Organisationsreform signifikant voneinander unterscheiden. In einem zweiten Schritt wird diese Unterschiedsfrage bundesverbandspezifisch beantwortet. Für die statistische Bearbeitung beider Unterschiedsfragen eignet sich der U-Test von Mann und Whitney. Mit einem Befund von einem mindestens fünfprozentigen

Signifikanzniveau wird der Unterschied zwischen den betrachteten Häufigkeitsverteilungen als signifikant betrachtet. Liegt das Signifikanzniveau darüber, wird der Unterschied als zufällig eingestuft. Der U-Test ist ein Test, bei dem keine Annahmen über parametrische Verteilungen erforderlich sind, zwei voneinander unabhängige Stichproben vorausgesetzt werden, der sich auf Rangstatistiken stützt und sich daher für die Auswertung ordinalskalierten Informationen eignet. Jürgen Bortz und Günter Claus et al. empfehlen, dass die zweite Stichprobe mindestens genauso groß wie die erste Stichprobe sein soll. [Claus et al., Bortz]

Für die Frage nach dem bundesverbandsübergreifenden signifikanten Unterschied zwischen der Gesamtheit der erhobenen Interessen vor der Organisationsreform und nach der Organisationsreform wird folgende Nullhypothese H_0 auf Verifikation oder Falsifikation getestet:

$$H_0 : P_{<OR} = P_{>OR}$$

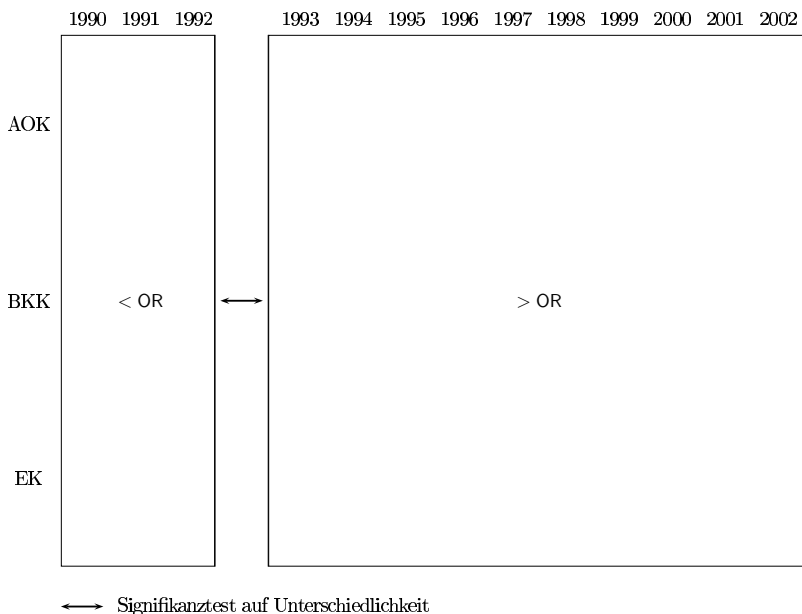
Die mit dem U-Test verglichenen zwei Textstichproben, setzen sich zum einen aus allen gesammelten Bundesverbandsartikeln vor der Organisationsreform und zum anderen aus allen gesammelten Bundesverbandsartikeln nach der Organisationsreform zusammen. In Abbildung 21 ist der U-Test diesen zwei Stichproben anschaulich zugeordnet. Die Darstellung basiert auf der in Abbildung 20 dargestellten Struktur des gesamten Textkorpus für die Bundesverbandsebene. Letztendlich wurde ein 0.1-prozentiges Signifikanzniveau für die Frage nach dem signifikanten Unterschied der Gesamtheit der Interessen aller drei Bundesverbände vor und nach der Organisationsreform ermittelt. Das heißt, dass sich ein Interessenwandel für die Gesamtheit der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzklassen nach der Organisationsreform empirisch belegen lässt. Zumindest bei den mit dem Diktionär gemessenen Interessen.

Für die Frage nach einem bundesverbandsspezifischen Interessenwandel, als mutmaßliche Reaktion auf die Organisationsreform, sehen die mit dem U-Test beantwortbaren statistischen Nullhypothesen H_0 formal wie folgt aus:

$$\begin{aligned} &\forall \text{ Bundesverband} \in \{\text{AOK, BKK, EK}\} : \\ H_0 : P_{\text{Bundesverband} < OR} &= P_{\text{Bundesverband} > OR} \end{aligned}$$

Wieder wird der Textkorpus mit den Artikeln der Bundesverbandsfunktionäre genutzt. Allerdings werden die oben gebildeten einzelnen Textstichproben in drei Unterstichproben aufgeschlüsselt. So dass für jeden Bundesverband zwei Stichproben vorliegen. Eine für die Zeit vor der Organisationsreform und eine für die Zeit nach der Organisationsreform.

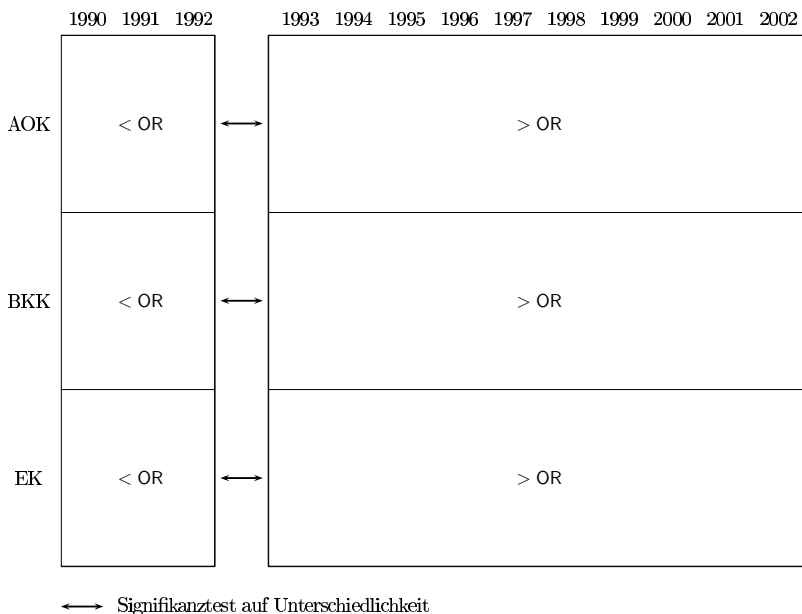
Abbildung 21: Textaufteilung »Interessenwandel I«



Für jeden Bundesverband kann auf diese Weise der angenommene signifikante Unterschied beziehungsweise die davon ableitbare Existenz eines Interessenwandels mit dem U-Test überprüft werden. In Abbildung 22 sind die Unterschiedstests den entsprechenden Texteinheiten anschaulich zugeordnet. Die Darstellung orientiert sich wieder an dem Schema in Abbildung 20.

Ein Interessenwandel als mutmaßliche Reaktion auf die Organisationreform konnte nur für die Bundesverbände der BKK und der Ersatzkassen nachgewiesen werden. Während für den Bundesverband der BKK die Nullhypothese für die Interessen vor und nach der Organisationsreform auf einem einprozentigen und für die Bundesverbandebene der Ersatzkassen auf einem fünfprozentigen Signifikanzniveau verworfen wurde, wurde im Fall des Bundesverbandes der AOK die Nullhypothese angenommen.

Abbildung 22: Textaufteilung »Interessenwandel II«



10.4.2 Interessenprofile

Nachdem für die Gesamtheit der mittels Diktionär gemessenen sechs Interessen ein Interessenwandel bei den Bundesverbänden der BKK und der Ersatzklassen nachgewiesen werden konnte, soll in diesem Abschnitt getestet werden, ob sich die Interessen zwischen den einzelnen Bundesverbänden vor und nach der Organisationsreform unterscheiden. Die Frage nach Interessenunterschieden zwischen den Bundesverbänden ist gleichbedeutend mit der Frage nach bundesverbandsspezifisch, abgrenzbaren Interessenprofilen. Wenn ein Globalvergleich auf Unterschiedlichkeit von zwei abhängigen Stichproben mit ordinalskalierten Daten das Ziel ist, bietet sich nach den Aussagen von Günter Claus et al. der sogenannte Friedmann-Test an. [Claus et al.] Es handelt sich hierbei ebenfalls um einen nichtparametrischen Test.

Mit Blick auf den wettbewerblichen Hintergrund der Hypothesenbildung in Abschnitt 10.1

ist zu erwarten, dass vor der Organisationsreform keine signifikanten Interessenunterschiede und nach der Organisationsreform signifikante Interessenunterschiede zwischen den einzelnen Bundesverbänden der Krankenkassen gemessen werden. Entsprechend dieser Erwartung müsste die Nullhypothese für die Interessenprofile der Bundesverbände vor der Organisationsreform verifiziert und für die Interessenprofile nach der Organisationsreform falsifiziert werden. Die entsprechenden Nullhypothesen sehen wie folgt aus:

$$\forall (\text{Bundesverband-A}, \text{Bundesverband-B}) \in \{(\text{AOK}, \text{BKK}), (\text{AOK}, \text{EK}), (\text{BKK}, \text{EK})\} :$$

$$H_0 : P_{\text{Bundesverband-A}^{<\text{OR}}} = P_{\text{Bundesverband-B}^{<\text{OR}}}$$

$$H_0 : P_{\text{Bundesverband-A}^{>\text{OR}}} = P_{\text{Bundesverband-B}^{>\text{OR}}}$$

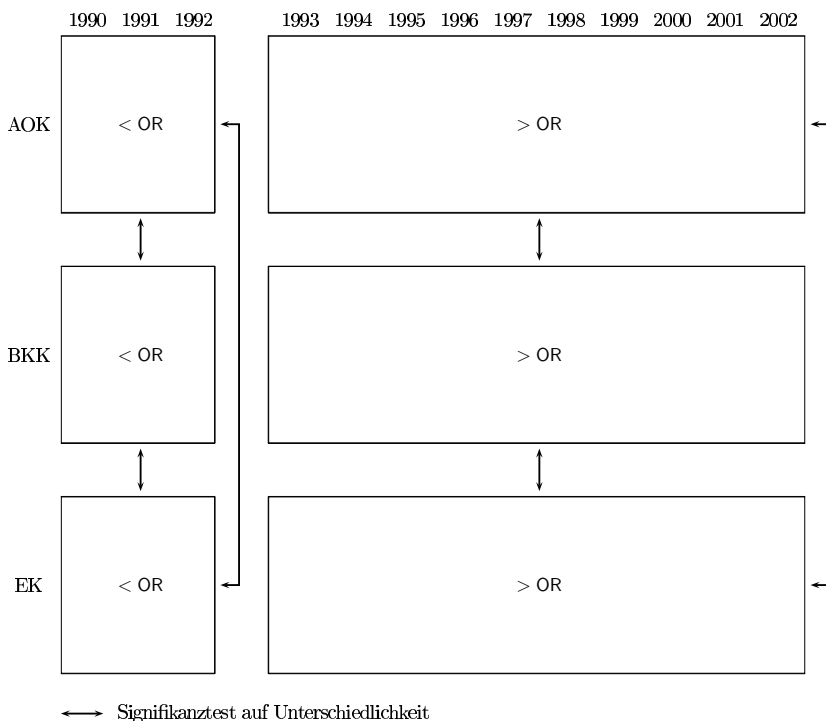
Die Frage nach den Unterschieden zwischen den Interessen der Bundesverbände erfordert wiederum eine angepasste Textaufteilung. Das heißt für die drei pro Bundesverband gefragten Interessenprofile vor und nach der Organisationsreform müssen entsprechend aufgeteilte Texteinheiten verarbeitet werden. Die Textaufteilung ist identisch mit der Textaufteilung für die im vorigen Abschnitt beantworteten Frage nach einem bundesverbandsspezifischen Interessenwandel. Wo hier genau der Unterschiedstest von Friedmann ansetzt und die Unterschiedlichkeit der Interessenprofile auf Bundesverbandsebene testet, ist in Abbildung 23 dargestellt.

Das Ergebnis der Tests bestätigt die oben genannten Annahmen. Während sich die Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen vor der Organisationsreform nicht signifikant unterscheiden, unterscheiden sie sich nach der Organisationsreform auf einen einprozentigen Signifikanzniveau voneinander. Damit ist für den Zeitraum nach der Organisationsreform für jeden untersuchten Bundesverband ein eigenes Interessenprofil identifiziert.

10.4.3 Interessenbündel

Von zentraler Bedeutung für die Herleitung der Hypothesen über die »mehr oder weniger Interessen« eines Bundesverbandes an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite war deren Interesse an Kollektivverhandlungen. Mit Blick auf die leistungsregulierende Aufgabe der Bundesverbände der Krankenkassen und deren Strategiefähigkeit, wurde im Zuge der Hypothesenbildung unterstellt, dass das Interesse an Kollektivverhandlungen in der Zeit nach der Organisationsreform gleichzeitig bestimmte zusätzliche Interessen auf Bundesverbandsebene der Krankenkassen provoziert. Auf der einen Seite erschien es plausibel, dass mit dem Interesse an Kollektivverhandlungen Inter-

Abbildung 23: Textaufteilung »(abgrenzbare) Interessenprofile«



essen an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite einhergehen und dass auf der anderen Seite mit dem weniger Interesse an Kollektivverhandlungen auch weniger Interessen an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite verknüpft sind.

Ob sich diese Interessenbündelung empirisch bestätigen lässt, wird in diesem Auswertungsschritt mit Hilfe einer Korrelationsanalyse geprüft. Für die Analyse von Korrelationen lediglich rangskalierter Datensätze ist der sogenannte Rangkorrelationskoeffizient von Spearman die angemessene Kennzahl. Um die Korrelationsannahme der Interessen, die mit dem weniger Interesse an Kollektivverhandlungen einhergehen, zu überprüfen, werden die in

Abschnitt 10.3.2 gebildeten Gegenkategorien der Interessen an Kollektivverhandlungen, an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite verwendet. Die hier geprüften Korrelationsannahmen lauten entsprechend:

- Das Interesse an Kollektivverhandlungen auf Bundesverbandsebene korreliert mit Interessen an Qualität der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite.
- Das Interesse an Einzelkassenaktivitäten auf Bundesverbandsebene korreliert mit Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite.

Weil diese Korrelationsannahmen nur für die Zeit nach der Organisationsreform gelten, werden die Korrelationen im Bundesverbandsartikel-Textkorpus getrennt für den Zeitraum vor und nach der Organisationsreform betrachtet. Die Betrachtung der Korrelationen erfolgt bundesverbandsübergreifend. Die Organisation des Textkorpus und die Platzierung der zwei Korrelationsanalysen sind in Abbildung 24 anschaulich dargestellt.

Es steht zu vermuten, dass mit Blick auf die Ursache der angenommenen Interessenkorrelationen, nämlich der Einführung von reguliertem Wettbewerb im bundesdeutschen Gesundheitswesen, vor der Organisationsreform keine Interessenbündelung dieser Art vorliegt. Zur Vermeidung des sogenannten ökologischen Fehlschlusses [Hummell] werden die Korrelationen auf Artikelebene betrachtet.⁷⁹ Um außerdem falsche Zusammenhangsergebnisse zu vermeiden, wurden Mehrfachcodierungen durch eine entsprechende Modifikation des Dictionärs ausgeschlossen.⁸⁰

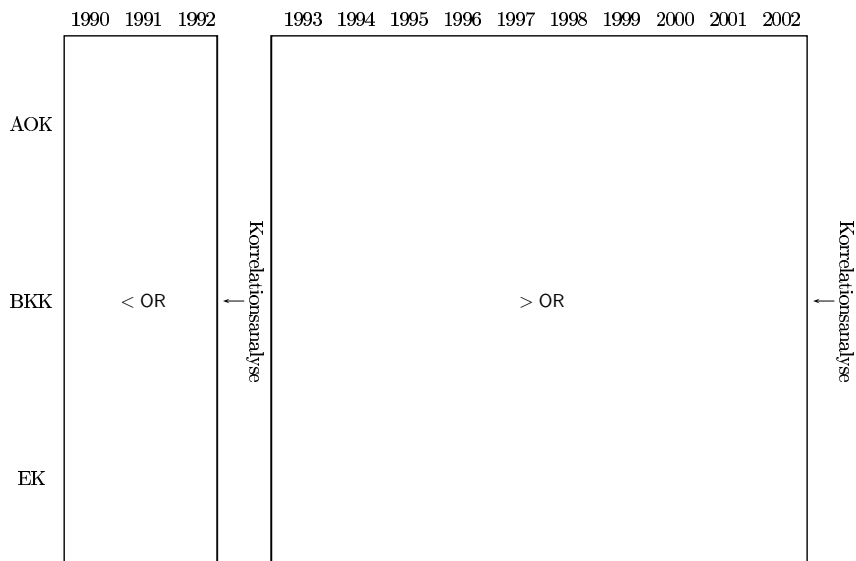
Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse der Bundesverbandsinteressen vor der Organisationsreform sind in Tabelle 11 aufgelistet. Mit Blick auf die Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman und den gleichzeitig angegebenen Signifikanzniveaus in Tabelle 11, kann die Annahme, dass die für die Zeit nach der Organisationsreform angenommene Interessenbündelung nicht besteht, bestätigt werden.

Außer dem Interesse an Qualität der GKV korrelieren in der Zeit vor der Organisationsreform die Interessen an Kollektivverhandlungen und Einzelkassenaktivitäten mit dem Rest

⁷⁹Der Rest der vorliegenden Auswertung basiert auf monatsbasierten Vercodungen mit gleichlangen Datensätzen pro Bundesverband (das heißt pro Monat ein Eintrag).

⁸⁰Die Einträge der im Anhang A unter Abschnitt A.2.1.2.2 beschriebenen Kategorien stimmen mit in den Abschnitten A.2.3.1 und A.2.3.2 beschriebenen Kategorien inhaltlich überein. Bei der separat vorgenommenen Textvercodung für die Korrelationsanalyse waren die unter Abschnitt A.2.1.2.2 beschriebenen Kategorien eliminiert.

Abbildung 24: Textaufteilung »Interessenbündelung«



der gemessenen Interessen mindestens auf einem fünfprozentigen Signifikanzniveau. Nur das Interesse an Qualität der GKV korreliert nicht mit dem Interesse an Einzelkassenaktivitäten. Dass in der Zeit vor der Organisationsreform das Interesse an Qualität der GKV eine Ausnahme bezüglich des Korrelationsmusters insgesamt darstellt, kann an dieser Stelle ohne eine intensive Beschäftigung mit den Interessen der Bundesverbände der Krankenkassen vor der Organisationsreform nicht bewertet werden.

Bis auf eine kleine Abweichung kann darüber hinaus die Annahme bezüglich der Interessenbündelung für die Zeit nach der Organisationsreform im Großen und Ganzen bestätigt werden. In Tabelle 12 sind die entsprechenden Ergebnisse der Korrelationsanalyse berichtet.

Die mittels Korrelationsanalyse nachgewiesenen Interessenbündel für die Zeit nach der Organisationsreform sind demnach:

- Das Interesse an Kollektivverhandlungen auf Bundesverbandsebene korreliert mit

Tabelle 11: Korrelationsanalyse der Bundesverbandsinteressen an Kollektivverhandlungen und Einzelkassenaktivitäten vor der Organisationsreform ($N = 62$)

Interesse an...	Kollektivverhandlungen	Einzelkassenaktivitäten
Qualität der GKV	0.537**	0.250
Wirtschaftlichkeit der GKV	0.460**	0.335**
Optimierung auf Leistungserbringerseite	0.451**	0.281*
Optimierung auf Krankenkassenseite	0.433**	0.310*

* : 5% Signifikanzniveau ** : 1% Signifikanzniveau

Alle eingetragenen Werte sind Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman.

Tabelle 12: Korrelationsanalyse der Bundesverbandsinteressen an Kollektivverhandlungen und Einzelkassenaktivitäten nach der Organisationsreform ($N = 319$)

Interesse an...	Kollektivverhandlungen	Einzelkassenaktivitäten
Qualität der GKV	0.232**	0.022
Wirtschaftlichkeit der GKV	0.204**	0.276**
Optimierung auf Leistungserbringerseite	0.443**	0.032
Optimierung auf Krankenkassenseite	0.028	0.324**

* : 5% Signifikanzniveau ** : 1% Signifikanzniveau

Alle eingetragenen Werte sind Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman.

Interessen an Qualität der GKV, *Wirtschaftlichkeit der GKV* und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite.

- Das Interesse an Einzelkassenaktivitäten auf Bundesverbandsebene korreliert mit Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite.

Die von den im Vorfeld der Korrelationsanalyse genannten Korrelationsannahmen zu verzeichnende Abweichung wurde mit kursiver Schrift hervorgehoben und betrifft das an erster Stelle aufgeführte Interessenbündel. Demnach geht das Interesse an Kollektivverhandlungen nicht nur mit einem Interesse an Qualität der GKV und an Optimierung auf Leistungserbringerseite einher, sondern es korreliert zusätzlich auch mit dem Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV. Damit korreliert das Interesse an Wirtschaftlichkeit mit

beiden institutionell ausgerichteten Leitinteressen. Dieser nicht vorhergesagte aber doch bestehende Zusammenhang revidiert das offenbar zu kurz greifende Bild von Kollektivverhandlungsgremien als ausschließliche Qualitätssicherungsgremien aus Sicht der betreffenden Bundesverbände.⁸¹

Basierend auf der für die Interessen der Bundesverbände empirisch nachgewiesenen Interessenbündelung nach der Organisationsreform, soll jetzt die Frage in den Mittelpunkt gerückt werden, welcher Bundesverband welchem Interessenbündel im Rahmen seines Interessenvermittlungsprozesses den Vorzug gibt. Gemäß den Hypothesen in Abschnitt 10.1 müsste sich eine Präferenz bezüglich der im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen gegenüber den Interessen, die im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefasst sind, für die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen nachweisen lassen. Für den Bundesverband der BKK müsste entsprechend ein entgegengesetzter Trend gemessen werden.

Mit Blick auf das Ziel der Überprüfung dieser Annahmen, ist es zunächst sinnvoll zu testen, ob sich pro identifizierten Interessenbündel überhaupt signifikante Unterschiede zwischen den drei Bundesverbänden nachweisen lassen. Wenn nämlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesverbänden nachgewiesen werden können, dann existieren auch keine der gefragten bundesverbandsspezifischen Präferenzen. Die Unterschiedsfrage wird mit dem weniger global ausgerichteten nichtparametrischen Test für abhängige Stichproben, dem Wilcoxon-Test, bearbeitet und es wird ausschließlich der Textkorpus mit Artikeln von Bundesverbandsfunktionären verarbeitet, die nach der Organisationsreform veröffentlicht wurden. Die konkrete Textkorpusaufteilung ist mit den zugeordneten Unterschiedstests in Abbildung 25 ersichtlich.

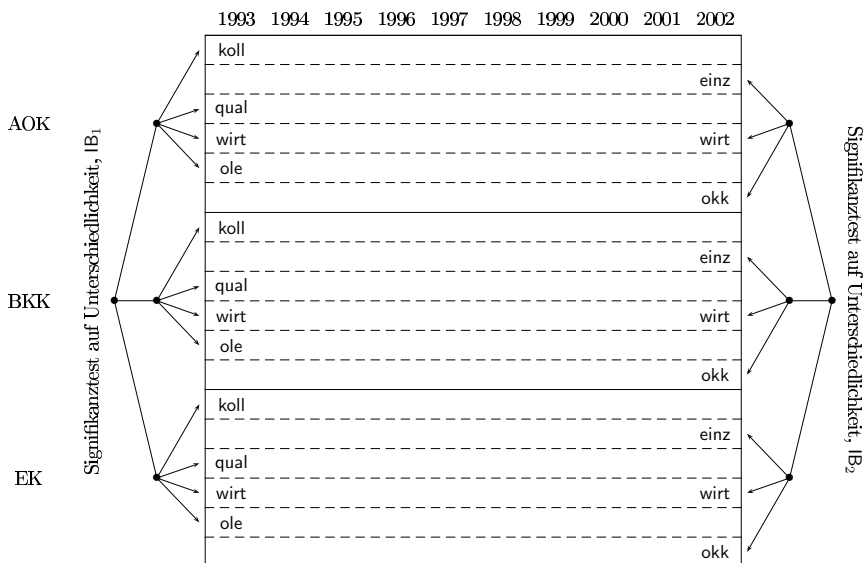
Die getesteten Nullhypothesen für die Frage nach signifikanten Unterschieden zwischen den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen lauten:

$$\forall (\text{Bundesverband-A}, \text{Bundesverband-B}) \in \{(\text{AOK}, \text{BKK}), (\text{AOK}, \text{EK}), (\text{BKK}, \text{EK})\} : \\ H_0 : P_{\text{Bundesverband-A}_{\text{koll|qual|wirt|ole}}} = P_{\text{Bundesverband-B}_{\text{koll|qual|wirt|ole}}}$$

Für die Frage nach signifikanten Unterschieden zwischen den im Einzelkassenaktivitäten-

⁸¹Dies widerspricht im Übrigen auch nicht der von Jens Alber angebotenen Definition der Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung im bundesdeutschen Gesundheitswesen: Qualitätssicherung durch regulierende Richtlinien zur Standardisierung der Kassenarzttätigkeit (siehe Kapitel 5). [Alber, 100ff.] Denn Standardisierung birgt durchaus Potential zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringenseite in sich.

Abbildung 25: Textaufteilung »(abgrenzbare) Interessenbündel-Präferenzen«



Interessenbündel zusammengefassten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen lauten die Nullhypothesen folgendermaßen:

$$\forall (\text{Bundesverband-A}, \text{Bundesverband-B}) \in \{(AOK, BKK), (AOK, EK), (BKK, EK)\} :$$

$$H_0 : P_{\text{Bundesverband-A}_{\text{einz}|\text{wirt}|\text{okk}}} = P_{\text{Bundesverband-B}_{\text{einz}|\text{wirt}|\text{okk}}}$$

Die Unterschiedstests ergaben, dass keine signifikanten Unterschiede bezüglich des in Abhängigkeit vom Interesse an Kollektivverhandlungen gebildeten Interessenbündels zwischen den Bundesverbänden in der Zeit nach der Organisationsreform bestehen. Damit kann die Annahme, dass die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen ein signifikant größeres Interesse an den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen haben, als es der Bundesverband der BKK hat, bereits an dieser Stelle verworfen werden. Anders verhält es sich mit dem zweiten Interessenbündel — dem in Abhängigkeit vom Interesse an Einzelkassenaktivitäten gebildeten Interessenbündel.

Tabelle 13: Arithmetisches Mittel der gebündelten Bundesverbandsinteressen IB_2 nach der Organisationsreform in %

Bundesverband der ...	\varnothing
AOK	0.31
BKK	0.71
EK	0.21

Für das Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel wurden signifikante Unterschiede auf einem mindestens einprozentigen Signifikanzniveau zwischen den Bundesverbänden der AOK, BKK und Ersatzkassen ermittelt. An diesem Ergebnis anknüpfend bleibt noch die Frage nach dem Bundesverband unbeantwortet, der das Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel am stärksten bevorzugt. Die in Tabelle 13 dargestellten arithmetischen Mittelwerte der relativen Häufigkeitsverteilungen für die Zeit nach der Organisationsreform zeigen, dass die Hypothese, dass der Bundesverband der BKK das signifikant größte Interesse an den im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen hat, bestätigt werden kann. Damit hat der Bundesverband der BKK mehr Interesse als die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen an Einzelkassenaktivitäten, Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite hat.

10.4.4 Einzelinteressen

Gemäß dem Anfangs versprochenen Auswertungsstil des ‚Heranzoomens‘ werden in diesem Abschnitt die bisher nur in gebündelten Form betrachteten Einzelinteressen separat unter die Lupe genommen. In einem ersten Schritt erfolgt wiederum eine Betrachtung der Entwicklung der Einzelinteressen im Zeitverlauf — also eine vergleichende Betrachtung der Einzelinteressen vor und nach der Organisationsreform.⁸² In einem zweiten Schritt wird die im Zeitraum nach der Organisationsreform gemessene Interessenausprägung der Bundesverbände einander gegenübergestellt. Das heißt, die pro Bundesverband gemessenen Einzelinteressen werden für den Zeitraum nach der Organisationsreform miteinander verglichen. So dass für jedes Einzelinteresse eine relative Präferenz einem der drei Bundesverbände zugeordnet werden kann.⁸³

Der Betrachtung der Einzelinteressen wird sich zunächst wieder mit der Beantwortung der

⁸²Vergleichbar mit dem Vorgehen zur Feststellung des Interessenwandels in Abschnitt 10.4.1.

⁸³Ähnlich wie das Vorgehen für die Zuweisung der Interessenbündel-Präferenzen in Abschnitt 10.4.3.

Tabelle 14: Unterschiede der einzelnen Bundesverbandsinteressen vor und nach der Organisationsreform

Interesse an ...	BV AOK	BV BKK	BV EK
Kollektivverhandlungen	0	0	0
Einzelkassenaktivitäten	0	1**	0
Qualität der GKV	1*	0	0
Wirtschaftlichkeit der GKV	0	0	1*
Optimierung auf Leistungserbringerseite	0	0	1**
Optimierung auf Krankenkassenseite	0	1*	0

0 : keine signifikanten Unterschiede * : 5% Signifikanzniveau
1 : signifikante Unterschiede ** : 1% Signifikanzniveau

Frage nach dem signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Interessen im Zeitverlauf angenähert. Da ein Vergleich der Stichproben vor der Organisationsreform und nach der Organisationsreform den Tatbestand zwei voneinander unabhängiger Stichproben erfüllt, kommt wieder der U-Test zum Einsatz. Die hiermit getesteten 18 statistischen Hypothesen lauten:

$$\forall \text{ Bundesverband} \in \{\text{AOK, BKK, EK}\} : \forall \text{ Interesse} \in \{\text{koll, einz, qual, wirt, ole, okk}\} : \\ H_0 : P_{\text{Bundesverband} \leq \text{OR}_{\text{Interesse}}} = P_{\text{Bundesverband} > \text{OR}_{\text{Interesse}}}$$

Die Organisation der betrachteten Texteinheiten zur Beantwortung der Frage, welche Einzelinteressen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen nach der Organisationsreform verändert waren, und die entsprechende Platzierung der Unterschiedstests ist in Abbildung 26 dargestellt. Die Ergebnisse der Prüfung auf signifikante Unterschiedlichkeit der pro Bundesverband erhobenen Einzelinteressen vor und nach der Organisationsreform sind in Tabelle 14 einzusehen.

Das Resultat bezüglich der bisher auf Interessenprofil-Ebene festgestellten fehlenden signifikanten Unterschiedlichkeit der Interessen des Bundesverbandes der AOK im Zeitverlauf⁸⁴ muss demnach für das Einzelinteresse an Qualität der GKV relativiert werden. Auch kann die für die Interessenprofile der Bundesverbände der BKK und Ersatzkassen festgestellte Unterschiedlichkeit in der Horizontalen mit Blick auf Tabelle 14 auf zwei der einzeln erhobenen Interessen eingegrenzt werden. Demnach ist der für den Bundesverband der BKK in

⁸⁴Siehe die in Abschnitt 10.4.1 erzielten Ergebnisse zum Interessenwandel.

Abbildung 26: Textaufteilung »Wandel von Einzelinteressen«

	1990	1991	1992		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AOK	< OR	koll	↔		koll					> OR				
	< OR	einz	↔		einz					> OR				
	< OR	qual	↔		qual					> OR				
	< OR	wirt	↔		wirt					> OR				
	< OR	ole	↔		ole					> OR				
	< OR	okk	↔		okk					> OR				
BKK	< OR	koll	↔		koll					> OR				
	< OR	einz	↔		einz					> OR				
	< OR	qual	↔		qual					> OR				
	< OR	wirt	↔		wirt					> OR				
	< OR	ole	↔		ole					> OR				
	< OR	okk	↔		okk					> OR				
EK	< OR	koll	↔		koll					> OR				
	< OR	einz	↔		einz					> OR				
	< OR	qual	↔		qual					> OR				
	< OR	wirt	↔		wirt					> OR				
	< OR	ole	↔		ole					> OR				
	< OR	okk	↔		okk					> OR				

↔ Signifikanztest auf Unterschiedlichkeit

Abschnitt 10.4.1 konstatierte Interessenwandel als Reaktion auf die Organisationsreform vor allem auf veränderte Interessen an Einzelkassenaktivitäten und an Optimierungsstrategien auf der Krankenkassenseite zurückzuführen. Dagegen sind für die Bundesverbände der Ersatzklassen die Interessen an Wirtschaftlichkeit und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringerseite von besonderer Relevanz.

Alle festgestellten signifikanten Interessenunterschiede innerhalb des Interessenbildungsprozesses der einzelnen Bundesverbände sind angesichts der in Tabelle 15 berichteten arithmetischen Mittelwerte der entsprechenden relativen Häufigkeitsverteilungen vor und nach der gesetzlichen Implementation der Organisationsreform ausschließlich auf eine Steigerung dieser Interessen zurückzuführen.

Während in diesem Abschnitt bisher lediglich der Wandel einzelner Interessen innerhalb des Interessenvermittlungsprozesses der einzelnen Bundesverbände ohne vergleichenden Blick auf die Unterschiede zwischen deren Interessenausprägungen fokussiert wurde, werden die

Tabelle 15: Arithmetisches Mittel der signifikant unterschiedlichen Einzelinteressen vor und nach der Organisationsreform in %

Interesse an ...	BV AOK	BV BKK	BV EK
Kollektivverhandlungen	0	0	0
Einzelkassenaktivitäten	0	0.08 → 0.38	0
Qualität der GKV	0.13 → 0.28	0	0
Wirtschaftlichkeit der GKV	0	0	0.01 → 0.06
Optimierung auf Leistungserbringerseite	0	0	0.01 → 0.24
Optimierung auf Krankenkassenseite	0	0.04 → 0.25	0

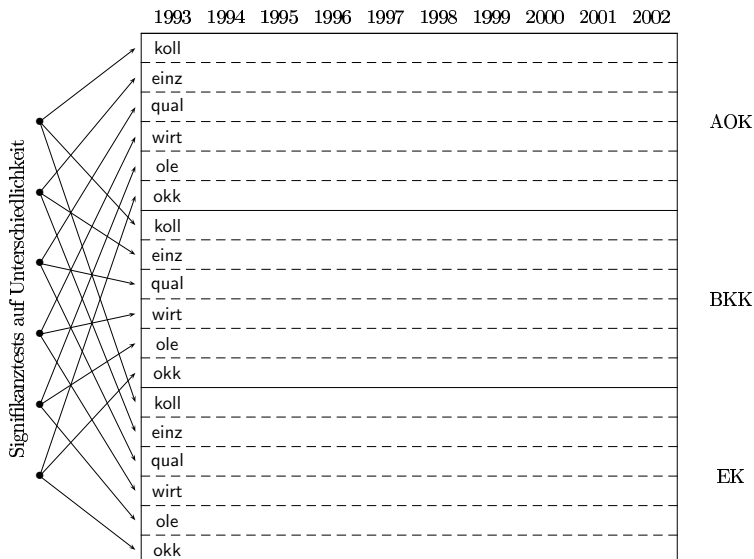
Einzelinteressen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen nach der Organisationsreform im folgenden Auswertungsschritt einander gegenübergestellt.

Genauso wie für den zweiten Teil des Abschnitts 10.4.3 eignet sich der Wilcoxon-Test für die Überprüfung, ob sich die Präferenzen der Bundesverbände bezüglich der einzeln gemessenen Interessen signifikant voneinander unterscheiden. Mit Blick auf die bundesverbandsspezifischen Hypothesen in Abschnitt 10.1 und dem in Abschnitt 10.4.3 lediglich für das Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel festgestellten signifikanten Unterschied zwischen den Bundesverbänden sind bezüglich der Einzelinteressen folgende Ergebnisse zu erwarten:

- Die Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen unterscheiden sich bezüglich der einzeln gemessenen Interessen an Kollektivverhandlungen, an Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV und dem Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite nicht voneinander.
- Der Bundesverband der BKK hat signifikant mehr Interesse an Einzelkassenaktivitäten, Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite als die Bundesverbände der AOK und Ersatzkassen.

Die für diesen Auswertungsschritt nötige Gliederung der Textkorpus für die Bundesverbandsebene und die dazu gehörenden Unterschiedstests sind in Abbildung 27 dargestellt. Die mit den Unterschiedstests überprüften 18 Nullhypothesen sehen für die vertikal ausge-

Abbildung 27: Textaufteilung »(abgrenzbare) Einzelinteressen-Präferenzen«



richtete Betrachtung der Einzelinteressen im Zeitraum nach der Organisationsreform wie folgt aus:

$$\forall (\text{Bundesverband-A}, \text{Bundesverband-B}) \in \{(AOK, BKK), (AOK, EK), (BKK, EK)\} :$$

$$\forall \text{Interesse} \in \{\text{koll}, \text{einz}, \text{qual}, \text{wirt}, \text{ole}, \text{okk}\} :$$

$$H_0 : P_{\text{Bundesverband-A}_{\text{Interesse}}} = P_{\text{Bundesverband-B}_{\text{Interesse}}}$$

Die ermittelten signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Interessen der Bundesverbände sind für den Zeitraum nach der Organisationsreform in Tabelle 16 einzusehen. Entsprechend den in dieser Tabelle berichteten Ergebnissen der Betrachtung der Einzelinteressen der Bundesverbände kann die mit Blick auf die in Abschnitt 10.4.3 festgestellte fehlende Unterschiedlichkeit zwischen den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen für das Einzelinteresse an Kollektivverhandlungen der Bundesverbände der BKK und der Ersatzklassen relativiert werden.

Tabelle 16: Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesverbandsinteressen nach der Organisationsreform

Interesse an ...	AOK/BKK	AOK/EK	BKK/EK
Kollektivverhandlungen	0	0	1*
Einzelkassenaktivitäten	1**	1*	1***
Qualität der GKV	0	0	0
Wirtschaftlichkeit der GKV	0	0	0
Optimierung auf Leistungserbringerseite	0	0	0
Optimierung auf Krankenkassenseite	1***	1***	1***

0 : keine signifikanten Unterschiede
1 : signifikante Unterschiede

* : 5% Signifikanzniveau
** : 1% Signifikanzniveau
*** : 0.1% Signifikanzniveau

Tabelle 17: Arithmetisches Mittel der Bundesverbandsinteressen an Einzelkassenaktivitäten und Optimierung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform in %

Interesse an ...	BV AOK	BV BKK	BV EK
Einzelkassenaktivitäten	0.16	0.38	0.13
Optimierung auf Krankenkassenseite	0.06	0.25	0.03

Angeichts der Richtung dieses Unterschiedes ist das Interesse des Bundesverbandes der BKK an Kollektivverhandlungen signifikant niedriger als das Interesse der Ersatzkassen.⁸⁵ Außerdem kann die in der oben an zweiter Stelle aufgeführten Annahme über ein relativ größeres Interesse des Bundesverbandes der BKK an Wirtschaftlichkeit der GKV an dieser Stelle bereits mit Blick auf die in Tabelle 16 berichtete fehlende Unterschiedlichkeit verworfen werden. Ob nun der Bundesverband der BKK an den verbleibenden Einzelinteressen tatsächlich auch das größte Interesse hat, wie oben angenommen wird, kann anhand der in Tabelle 17 aufgelisteten arithmetischen Mittelwerte der entsprechenden relativen Häufigkeitsverteilungen beantwortet werden. Damit kann für die vertikale Betrachtung der Einzelinteressen abschließend vermerkt werden, dass der Bundesverband der BKK das signifikant größte Interesse an Einzelkassenaktivitäten und an Optimierungsstrategien auf der Krankenkassenseite im Vergleich zu den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen hat.

⁸⁵Bundesverband der BKK: 0.19% im Durchschnitt. Bundesverbände der Ersatzkassen: 0.21% im Durchschnitt.

10.4.5 Innerverbandliche Konfliktniveaus

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Auswertungsschritten, ist in diesem Auswertungsschritt nicht die Interessenausprägung auf Bundesverbandsebene an sich von Belang. In diesem Auswertungsschritt soll die Größe des Interessenunterschieds zwischen Mitglieds-kassen- und Bundesverbandsebene der AOK, BKK und Ersatzkassen bestimmt werden. Die Größe des Interessenunterschieds eignet sich als Indikator für das innerverbandliche Konfliktniveau zwischen Mitgliedschafts- und Einflusslogik. Für die Bestimmung der Größe der Interessenunterschiede zwischen Mitglieds-kassen- und Bundesverbandsebene findet neben dem Textkorpus mit Artikeln von Bundesverbandsfunktionären außerdem der Textkorpus mit den Artikeln von Landesverbands- und Mitglieds-kassenfunktionären als Vergleichsdatensatz Verwendung.⁸⁶ Für die Ermittlung der Größe der Interessenunterschiede zwischen den zwei Organisationsebenen einer Kassenart eignet sich der Hodges-Lehmann-Schätzer. [Rosenbaum, 47ff.]

Der Hodges-Lehmann-Schätzer schätzt mit Blick auf die Lage des Infimums⁸⁷ und Supremums⁸⁸ den Differenzwert $\hat{\tau}$ der in den Textkorpora für die Bundesverbands- und Mitglieds-kassenebene enthaltenen Interessen, der (bildlich gesprochen) überwunden werden muss, damit der entsprechende Mitglieds-kassengraph auf dem entsprechenden Bundesverbandsgraph⁸⁹ liegt. Da der auf diese Weise geschätzte Differenzwert $\hat{\tau}$ idealtypischerweise für Modelle mit additiven Effekt benutzt wird und die Rohdaten diese Voraussetzung nicht erfüllen, wurden die Daten zunächst mit gewogenen, gleitenden Durchschnitten von sogenannten irregulären Schwankungen befreit und auf Jahresbasis geglättet. Die auf diese Weise geglätteten Daten wurden erst dann für die Ermittlung des Differenzwertes $\hat{\tau}$ weiterverarbeitet.⁹⁰

Mit Blick auf den hierfür verwendeten Algorithmus 1 bestimmt die Gliederzahl $2k + 1$ ⁹¹, wie groß das Fenster ist, in dem für die Rohdaten die Durchschnitte errechnet werden. Entsprechend erforderte eine Glättung auf Jahresbasis ein $k = 6$. $k = 6$ bedeutet, dass der Durchschnitt für 13 Messpunkte zum Zweck der Datenglättung gebildet wird. Also vom jeweiligen Ursprungsmesspunkt aus sechs Messpunkte nach links und sechs nach rechts.

⁸⁶Siehe Tabelle 10.

⁸⁷Definition Infimum: Jede nach unten beschränkte, nichtleere Menge M reeller Zahlen besitzt eine größte untere Schranke. [Bronstein et al., 241]

⁸⁸Definition Supremum: Jede nach oben beschränkte, nichtleere Menge M reeller Zahlen besitzt eine kleinste obere Schranke. [Bronstein et al., 241]

⁸⁹Richtung ist egal.

⁹⁰Mehr dazu beispielsweise im Buch von Johann Pfanzagl. [Pfanzagl, 115ff.]

⁹¹Die »+1« der Gliederzahl $2k + 1$ bietet sich aus rechentechnischen Gründen an. [Pfanzagl, 115ff.]

Algorithmus 1 Berechnung der gewogenen k -Durchschnitte $x_1^*, x_2^*, \dots, x_n^*$ der Werte x_1, x_2, \dots, x_n

$$\begin{aligned} \forall 0 < i \leq k & : x_i^* = \sum_{j=-k}^k \left(\frac{1}{2k+1} + \frac{12(i-k)j}{2k(2k+1)(2k+2)} \right) x_{k+1+j} \\ \forall k < i \leq n-k & : x_i^* = \sum_{j=-k}^k \frac{x_{i+j}}{2k+1} \\ \forall n-k < i \leq n & : x_i^* = \sum_{j=-k}^k \left(\frac{1}{2k+1} + \frac{12(i-n+k)j}{2k(2k+1)(2k+2)} \right) x_{n-k+j} \end{aligned}$$

Die Bildung der Durchschnitte für 13 Messpunkte glättet nur annähernd auf Jahresbasis. Exakt würde die Glättung bekanntlich für 12 Messpunkte sein. Diese nur ungefähr auf Jahresbasis erfolgte Glättung reicht für den hier verfolgten Zweck aus.

Die in den bundesverbandsspezifischen Hypothesen in Abschnitt 10.1 enthaltenen Annahmen über die innerverbandlichen Konfliktniveaus der AOK, BKK und Ersatzkassen, lässt uns erwarten, dass das innerverbandliche Konfliktniveau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik beim Bundesverband der BKK im Vergleich zu den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen nach der Organisationsreform am größten ist. Entsprechend dieser Annahme müsste der mit dem Hodges-Lehmann-Schätzer berechnete Differenzwert $\hat{\tau}$ im Fall der BKK am größten ausfallen.

Der für die Ermittlung der Konfliktniveaus der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen mit ihren jeweiligen Mitgliedskassen verwendete Algorithmus zur Berechnung der Differenzwerte $\hat{\tau}$ ist unter der Algorithmusnummer 2 zu finden. Auf die Darstellung der kassenartspezifischen Aufteilung der Textkorpora wird an dieser Stelle verzichtet, weil sie in Anlehnung an den bisherigen Darstellungsstil nicht auf eine A4-Seite passen würde. Anstelle dieser Darstellung muss die Beschreibung der Textaufteilung ausreichen. Der Differenzwert $\hat{\tau}$ wurde dreimal für die drei kassenartspezifischen Textkorpora berechnet. Für jede Kassenart lagen jeweils zwei Textkorpora vor. Der eine Textkorpus enthält ausschließlich Artikel von Bundesverbandsfunktionären und der andere enthält ausschließlich Artikel von Landesverbands- und Mitgliedskassenfunktionären. Alle dort enthaltenen Ar-

⁹²Für die Berechnung des $\hat{\tau}$ wurden den Häufigkeitsangaben für die Bundesverbandsebene eine 0 und den für die Mitgliedskassenebene eine 1 zugewiesen. Entsprechend den Ausführungen im Buch von Paul Rosenbaum [Rosenbaum] ist die Bundesverbandsebene damit als ‚Treatment-Group‘ und Mitgliedskassenebene als ‚Control-Group‘ definiert. Beide Ebenen sind bezüglich dieser Zuweisung austauschbar.

Algorithmus 2 Berechnung des Hodges-Lehmann-Schätzers $\hat{\tau}$

$$\begin{aligned}\hat{\tau} &= \text{SOLVE}\{\bar{t} = t(Z, R - \hat{\tau}Z)\} \\ &= \frac{\inf\{\tau : \bar{t} > t(Z, R - \tau Z)\} + \sup\{\tau : t < t(Z, R - \tau Z)\}}{2}\end{aligned}$$

$$\bar{t} \quad \frac{m(N+1)}{2}$$

m Anzahl der verwendeten Häufigkeitsangaben auf Bundesverbandsebene

N Anzahl der verwendeten Häufigkeitsangaben auf Bundesverbands- und Mitgliedskassenebene

Z Identifizierungsvektor 0/1 für die Häufigkeitsangaben auf Bundesverbands- und Mitgliedskassenebene⁹²

R relative Häufigkeiten auf Bundesverbands- und Mitgliedskassenebene

t Test-Statistik des Rangsummentests von Wilcoxon [Rosenbaum, 32]

τ hypothetische Effekte im additiven Modell

Tabelle 18: Größe der Konfliktniveaus zwischen Mitgliedskassen- und Bundesverbandsebene nach der Organisationsreform

Kassenart	Interessen (gesamt)
AOK	3.57
BKK	5.87
EK	5.12

Alle eingetragenen Werte sind Hodges-Lehmann-Schätzer $\hat{\tau}$ (in Milliprozent 10^{-3}).

tikel wurden erst nach der Beschlussfassung der Umsetzung der Organisationsreform im Dezember 1992 geschrieben. Die Ergebnisse der auf diese Weise errechneten Konfliktniveaus für die Gesamtheit aller mit dem Diktionär einzeln vercodeten Interessen sind in Tabelle 18 berichtet.

Anhand des in Tabelle 18 berichteten Konfliktniveaus lässt sich die Annahme bestätigen, dass das Verhältnis von Mitgliedschafts- und Einflusslogik bei der Findung kollektiver Interessendefinitionen durch die jeweiligen Bundesverbände beim Bundesverband der BKK am stärksten konfliktbeladen ist. Desweiteren kann mit Blick auf die in Tabelle 18 aufgelisteten

Konfliktniveaus der AOK und Ersatzkassen konstatiert werden, dass beim Bundesverband der AOK das niedrigste innerverbandliche Konfliktniveau vorliegt. Für eine detailliertere quantitativ ausgerichtete Betrachtung von weiteren interessensspezifischen Konfliktniveaus erschien der zur Verfügung stehende Textkorpus zu knapp bemessen. Zum Beispiel würde die Berechnung des Konfliktniveaus des Bundesverbandes der Ersatzkassen für das Einzelinteresse an Kollektivverhandlungen für die Mitgliedskassenseite auf lediglich 47 Wörtern basieren.

10.5 Fazit

Die mit der Inhaltsanalyse von Verbandszeitschriften erzielten empirischen Ergebnisse zur Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform auf die Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Mit der Organisationsreform ging ein Wandel der Interessen der Bundesverbände der BKK und Ersatzkassen einher.
- Während es vor der Organisationsreform keine Unterschiede zwischen den Interessen auf Bundesverbandsebene gab, existieren danach signifikante Unterschiede zwischen den Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen.
- Die Organisationsreform hat auf Bundesverbandsebene zu einer Interessenbündelung von dem Interesse an Kollektivverhandlungen mit den Interessen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Leistungserbringenseite und von dem Interesse an Einzelkassenaktivitäten mit den Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierungsstrategien auf der Krankenkassenseite geführt.
- Die signifikanten Unterschiede zwischen den Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen bestehen bezüglich des institutionellen Interesses an Einzelkassenaktivitäten und den damit einhergehenden Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierung auf Krankenkassenseite.
- Das signifikant größte Interesse an Einzelkassenaktivitäten und den damit eng verknüpften Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierung auf Krankenkassenseite besteht auf Seiten des Bundesverbandes der BKK.

- Neben dieser eindeutigen Interessenpräferenz des Bundesverbandes der BKK besteht hier außerdem das größte innerverbandliche Konfliktniveau zwischen mitgliedschaftslogisch und einflusslogisch orientierten Interessen.

Die zentrale Annahme zur Beantwortung der Frage, inwiefern die auf Mitgliedskassenebene ansetzende Organisationsreform auf die Bundesverbandsebene der Wahlklassen durchschlägt, war, dass es in Abhängigkeit von der Wahl der Wettbewerbsstrategie auf Mitgliedskassenebene auf Bundesverbandsebene zu einer spezifischen Interessenbündelung im Rahmen ihrer Interessenvermittlungsprozesse kommt.

Die Annahme über die Zusammensetzung der zwei Interessenbündel konnte im wesentlichen bestätigt werden. Die nach der Organisationsreform auf Bundesverbandsebene praktizierte Interessenbündelung sieht demnach wie folgt aus:

- Das Interesse an Kollektivverhandlungen korreliert mit Interessen an Qualität der GKV, Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite.
- Das Interesse an Einzelkassenaktivitäten korreliert mit Interessen an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite.

Dagegen konnte die Annahme über die Abhängigkeit des präferierten Interessenbündels auf Bundesverbandsebene von der Wahl der Wettbewerbsstrategie auf Mitgliedskassenebene nur für das Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel bestätigt werden. Das heißt, dass nur die im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen auf Bundesverbandsebene erwartungsgemäß durchschlagen. Demnach hat der Bundesverband der BKK mehr Interesse und die Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen weniger Interesse an Einzelkassenaktivitäten, an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf der Krankenkassenseite.

Nicht erwartungsgemäß war dagegen die Interessenausprägung der Bundesverbände bezüglich der im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen. Ursprünglich wurde eine Entweder-Oder Bündelpräferenz unterstellt. Das heißt, wenn sich beispielsweise der Bundesverband der BKK wegen der Interessen seiner Mitgliedskassen für die Einzelkassenaktivitäten-Interessen stark macht, dann würde dieser Bundesverband die Kollektivverhandlungen-Interessen gleichzeitig vernachlässigen. Diese Annahme wurde nicht bestätigt. Alle drei untersuchten Bundesverbände der BKK, der AOK und der Ersatzkassen bieten unabhängig von der Wettbewerbsneigung ihrer Mitgliedskassen die im

Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen auf ihrem Interessenmarkt an.

Dass der Bundesverband der BKK im Vergleich zu den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen das signifikant größte Interesse an den im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen hat und diese Interessenausprägung nicht mit dem signifikant kleinsten Interesse an den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen einhergeht, kann mit dem für den Bundesverband der BKK bestätigten größten innerverbandlichen Konfliktniveau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik der drei untersuchten Bundesverbände erklärt werden.

Wie bereits im Zuge der Hypothesenbildung beschrieben, müsste sich ein hohes innerverbandliches Konfliktniveau zwischen Einfluss- und Mitgliedschaftslogik auf die Deutlichkeit der Messung der Interessengegensätze zwischen »Interesse und kein Interesse« auf Bundesverbandsebene auswirken. Das heißt, da das für den Bundesverband der BKK im Vergleich zu den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen gemessene größte Interesse an den Einzelkassenaktivitäten-Interessen eine Konzession des Bundesverbandes bezüglich der Ansprüche seiner Mitgliedskassen darstellt und diese Konzession im direkten Gegensatz zu seinem einflusslogischen Interesse an Mitspracherechten steht, müsste der Bundesverband der BKK dazu neigen, seine einflusslogisch orientierten Interessen nicht einfach über Bord zu werfen. Im Rahmen der Hypothesenbildung wurde bereits versucht, diesem Sachverhalt durch die Ersetzung von der »kein Interesse«-Annahme durch die »weniger Interesse«-Annahme gerecht zu werden. Mit Blick auf das vom Bundesverband der BKK gleichzeitig aufrecht erhaltene Interesse an den Kollektivverhandlungen-Interessen muss diese Idee insofern relativiert werden, dass der Bundesverband der BKK offensichtlich nicht nur versucht seine einflusslogischen Interessen auf kleinerer Flamme weiterzukochen, sondern versucht beiden Logiken zunächst vollständig zu entsprechen.

Befindet sich der Bundesverband der BKK allerdings in einer konkreten Situation der Entscheidung wäre es plausibel, wenn seine mitgliedschaftslogisch geprägten Interessen an den im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen die Kollektivverhandlungen-Interessen dominieren würden. Der Grund für diese Annahme ist die Organisationsreform. Oder genauer, der Grund ist die im Rahmen der Organisationsreform gestrichene Zwangszuweisung der GKV-Versicherten. Das Interesse des Bundesverbandes der BKK an den drei Einzelkassenaktivitäten-Interessen existiert ja nur deshalb, weil durch die Organisationsreform die Verbandsentlastung durch den Staat für die unterste Organisationsebene der BKK gestrichen wurde. Erst wegen dieser organisatorischen Veränderung

hat der Bundesverband der BKK die Einzelkassenaktivitäten überhaupt in seine Interessenvermittlungsangebote aufgenommen. Und das, obwohl diese Interessen nicht mit seinem einflusslogischen Interesse an Mitspracherechten beziehungsweise auch seiner eigenen Bestandssicherung konform gehen. Ganz anders sieht es in diesem Fall bei den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen aus. Die mitgliedschaftslogisch geprägten Interessen im Fall dieser zwei Bundesverbände stellen keine aus einflusslogischer Sicht unwillkommenen Ansprüche. Die Interessen ihrer Mitgliedschaften stellen weder das Mitspracherecht ihrer Bundesverbände in Frage, noch sind sie an ihrer Abschaffung interessiert. Die im nächsten Kapitel nötigen Annahmen über die Interaktionsorientierung der Bundesverbände der Wahlkassen im BAÄK werden passend zu diesen Überlegungen abgeleitet. Die Interaktionsorientierung der Bundesverbandes der BKK wird von den Einzelkassenaktivitäten-Interessen und die der Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK werden von den Kollektivverhandlungen-Interessen abgeleitet.

Das bis hier gezogene Fazit bezüglich der Frage nach den Auswirkungen der Einführung von reguliertem Wettbewerb auf die Bundesverbandsebene der Krankenkassen basiert auf den Ergebnissen der Inhaltsanalyse, die für die Interessenprofil- und die Interessenbündel-Ebene der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen erzielt wurden. Weil das Interesse an Kollektivverhandlungen für die Herleitung der Hypothesen über die einzelnen Interessen eines Bundesverbandes von zentraler Bedeutung war, sind die Interessenbündel-Ergebnisse auch die zentralen Ergebnisse der empirischen Untersuchung. Darüber hinaus eignen sich die Ergebnisse der Betrachtung der Einzelinteressen für die inhaltliche Präzisierung der oben aufgelisteten Punkte.

Mit Blick auf die analysierten Einzelinteressen kann das im Vergleich zu den Bundesverbänden der AOK und Ersatzkassen signifikant größte Interesse des Bundesverbandes der BKK nach der Organisationsreform an den im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen auf die einzeln gemessenen Interessen an Einzelkassenaktivitäten und Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite eingegrenzt werden. Desweiteren fällt mit Blick auf die einzeln gemessenen Interessen auf, dass der oben in der Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse konstatierte fehlende Interessenwandel des Bundesverbandes der AOK für das Einzelinteresse an Qualität der GKV relativiert werden muss.⁹³

⁹³Mit Blick auf die für den Bundesverband der AOK konstatierte Präferenz bezüglich seiner Interessen- ausrichtung auf Kollektivverhandlungen nach der Organisationsreform und dem in Abschnitt 8.3 beschriebenen Sachverhalt, dass vor der Organisationsreform aus Sicht des Bundesverbandes der AOK so oder so kein Anlass bestand, über eine Orientierung außerhalb des Kollektivverhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV nachzudenken, ist der für diesen Bundesverband kleinste festgestellte Wandel im Zeitverlauf durchaus plausibel. Genau anders herum verhält es sich für die Bundesverband-

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die nach der Organisationsreform signifikant größten Einzelinteressen an Einzelkassenaktivitäten und Optimierungsstrategien auf Seiten des Bundesverbandes der BKK auch die Interessen sind, die innerhalb des Interessenvermittlungsprozesses des Bundesverbandes der BKK nach der Organisationsreform deutlich an Bedeutung gewonnen haben. Zuletzt kann außerdem der oben konstatierte Interessenwandel der Ersatzkassen präzisiert werden. Entsprechend sind es im Fall der Ersatzkassen vor allem die Einzelinteressen an Wirtschaftlichkeit der GKV und Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite, die den Interessenwandel der Ersatzkassen prägen.

Die in diesem Kapitel empirisch überprüften Auswirkungen der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlklassen werden im Folgenden zur Beschreibung von Verhandlungssituationen der gemeinsamen Selbstverwaltung vor und nach der Organisationsreform mittels spieltheoretischer Matrizendarstellung weiterverarbeitet. Während in den letzten drei Kapiteln die Auswirkung der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlklassen im Mittelpunkt des Interesses stand, ist der Fokus der folgenden Ausführungen auf die Auswirkung der Organisationsreform auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) insgesamt gerichtet. Da der BAÄK sowohl bezüglich seiner institutionellen Organisation als auch bezüglich seiner inhaltlichen (Global)ausrichtung für alle übrigen Expertengremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im bundesdeutschen Gesundheitswesen als repräsentativer Stellvertreter gelten kann, wird angenommen, dass die im Folgenden für den BAÄK ermittelte Auswirkung der Organisationsreform auf das gesamte Kollektivverhandlungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen werden kann.

11 Verhandlungssituationen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

Die Ermittlung der Auswirkung der Organisationsreform auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) knüpft direkt an dem empirisch belegten Interessenwandel der Bundesverbände der Wahlklassen an. Weiterverarbeitet werden hier hauptsächlich Informationen über die Interessenbündelung in der Zeit nach der gesetzlichen Implementierung der Organisationsreform und die mit Blick auf die innerverbandlichen Konflikt-niveaus zu-

ebene der Ersatzkassen, deren Kassenart erst nach der Organisationsreform für die Klientel der gesetzlich Pflichtversicherten geöffnet wurde, weshalb hier trotz seiner Präferenz für Kollektivverhandlungen nach der Organisationsreform auch ein größerer Interessenwandel festgestellt wurde.

geordneten Bündelpräferenzen in Entscheidungssituationen. Zur Darstellung und Diskussion der Auswirkung der Organisationsreform auf den BAÄK wird auf spieltheoretische Konzepte zurückgegriffen.

Das vorliegende Kapitel besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil wird die durch die Organisationsreform verursachte neue BAÄK-Situation im Vergleich zur alten Verhandlungssituation auf einem möglichst hohen Abstraktionsniveau dargestellt. Im zweiten Teil erfolgt die situationsstrukturelle Diskussion der alten und neuen Verhandlungssituation. Ziel der Diskussion ist es, das für die jeweilige Verhandlungssituation dominante Interaktionsergebnis zu ermitteln. Im letzten Teil wird das in Kapitel 6 beschriebene Verhandlungsgeschehen im BAÄK zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden mit Blick auf das im zweiten Teil ermittelte dominante Interaktionsergebnis eingeordnet.

Gemäß dem Untersuchungsleitfaden in Abbildung 9 handelt es sich um den mit (c) gekennzeichneten Arbeitsschritt.

11.1 Vor und nach der Einführung von reguliertem Wettbewerb

Eine Situationsstruktur, die üblicherweise in Form einer spieltheoretischen Matrix abgebildet wird, setzt sich aus Informationen über die Anzahl der beteiligten Akteure, über Handlungsoptionen der Akteure und deren Interessenprofile zusammen. [Zürn, 151] Bevor diese Informationen zum Zweck der Modellierung der Verhandlungssituation im BAÄK für die Zeit vor und nach der Implementierung der Organisationsreform zusammen getragen werden, muss zuerst der im BAÄK zur Debatte stehende Verhandlungsgegenstand präzisiert werden.

Das Verhandlungs»spiel« im BAÄK beziehungsweise in allen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer lässt sich als ein Ausgestaltungsspiel« des gesetzlichen Leistungskataloges begreifen. Am Ende dieses Ausgestaltungsspiels stehen vier verschiedene Varianten des gesetzlichen Leistungskataloges: »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT« und »MIN. E.«.

- »QUAL« bezeichnet das Verhandlungsergebnis, dass auf einen qualitativ sehr hochwertig ausgestalteten Leistungskatalog ohne Ansehen der aufgenommenen Leistungen bezüglich ihrer tatsächlichen Kosten-Nutzen-Relation hinausläuft — die Definitionsmacht der Kosten-Nutzen-Relation einer Leistung liegt in diesem Fall außerhalb des Verhandlungssystems beim Leistungserbringer,
- »QUAL UND WIRT« bezeichnet das Verhandlungsergebnis, dass auf einen qualitativ

optimal ausgestalteter Leistungskatalog hinausläuft, dessen aufgenommene Leistungen bezüglich ihrer Kosten-Nutzen-Relation geprüft sind,

- »WIRT« bezeichnet das Verhandlungsergebnis, dass auf einen ausschließlich wirtschaftlich orientierten und damit eher spartanisch ausgestalteten Leistungskatalog hinausläuft, dessen ausschließliche Anwendung potentiell zu Unterversorgung der gesetzlich Versicherten führt⁹⁴ und
- »MIN. E.« bezeichnet das Verhandlungsergebnis, bei dem die Entscheidung über die inhaltliche Ausgestaltung des gesetzlichen Leistungskataloges beim Bundesministerium für Gesundheit liegt.⁹⁵

Bei den genannten Verhandlungsergebnissen wurde von den konkreten und einzeln stattfindenden Verhandlungen über die Aufnahme von X, Y, ... in den gesetzlichen Leistungskatalog auf deren generelle Ausrichtung ihrer Summe abstrahiert. So dass am Ende vieler Einzelverhandlungen eine idealtypische Variante der oben aufgeführten Leistungskatalogvarianten steht.

Aus Gründen der für die spieltheoretische Handhabung von komplexen (also real anzutreffenden) Verhandlungssituationen unerlässlichen Abstraktion wird dieses Ausgestaltungsspiel des gesetzlichen Leistungskataloges außerdem als Spiel zwischen zwei Spielern konzipiert.⁹⁶ Der eine Spieler ist beziehungsweise sind die Bundesverbände der Krankenkassen und der andere Spieler ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Als Folge dieser Entscheidung werden die Unparteiischen als Mitspieler ausgespart und die vorallem auf Krankenkassenseite anzutreffenden einzelnen Bundesverbände zu einem Akteur zusammengefasst. Die Aussparung der unparteiischen Seite läßt in Anbetracht des hier erreichten Abstraktionsniveaus kaum weitergehende Folgen bezüglich der Gefahr einer fehlerhaften Modellierung der BAÄK-Situation befürchten.⁹⁷ Dagegen ist die Zusan-

⁹⁴Diese Gefahr wird von Hans-Jürgen Urban bereits in der bloßen Einführung der sogenannten evidenzbasierten Medizin gesehen [Urban, 39ff.], die jedoch, ohne im Interesse der Verhandlungsteilnehmer zu sein, in dieser Form nicht besteht. Mehr dazu in Abschnitt 7.1.

⁹⁵Das Bundesministerium ist kein Mitspieler und gehört zum institutionellen Kontext, der das schlechteste Ergebnis für beide Seiten bestimmt: »MIN. E.«. Mehr dazu in Abschnitt 7.1.

⁹⁶Mehr Argumente für die Notwendigkeit der Vereinfachung komplexer Konstellationen und Mechanismen zur Vereinfachung liefert Fritz W. Scharpf. [Scharpf a, 141ff.]

⁹⁷Diese Aussparung erscheint unproblematisch, weil die drei stimmberechtigten Unparteiischen im Abstimmungsprozess des BAÄK mit Blick auf die übrigen 18 Stimmen nur eine Minderheit darstellen (siehe Tabelle 4), mit der kaum richtungsweisende Veränderungen von Verhandlungsergebnissen im BAÄK zu erklären sein dürften. Zwar kann ihnen in dieser Konstellation im Fall eines Konflikts zwischen der Krankenkassenseite und der Leistungserbringerseite eine „Zünglein an der Waage“-Funktion zugeschrieben

menfassung der sechs Krankenkassenakteure im BAÄK folgenschwerer.⁹⁸ Eine solche Zusammenfassung impliziert eine vertikale Koalitionsbildung. Das heißt, es wird unterstellt, dass die Bundesverbände auf der Krankenkassenseite ihre verfolgten Interessen im Großen und Ganzen aufeinander abstimmen und dass einzelne Bundesverbände der Krankenkassen niemals mit der Leistungserbringerseite koalieren. Mit Blick auf die für die Gegenspieler der Krankenkassen im BAÄK typischen homogenen Interessen [Behagl, 35ff.] und ihren Stimmenanteil ist anzunehmen, dass eine horizontale Koalitionsbildung im BAÄK immer zugunsten der Interessen auf Leistungserbringerseite ausgehen würde.⁹⁹ Finden bei dieser Betrachtung die für das Verhandlungsgeschehen zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden berichteten Autonomieverluste auf Leistungserbringerseite Berücksichtigung, scheint die implizite Annahme einer vertikalen Koalitionsbildung ihre Berechtigung zumindest nicht zu verlieren.

Nachdem nun die zwei zentralen Akteure im BAÄK¹⁰⁰ als jeweils einheitlich agierende Spieler bestimmt sind, gilt es ihnen zum Zweck der Erfassung der Situationstruktur im BAÄK Handlungsoptionen zuzuweisen, deren verschiedene Kombinationsmöglichkeiten zu einem der vier Interaktionsergebnisse »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT«, »MIN. E.« führen. Angesichts der von den Krankenkassen und Leistungserbringern ins BAÄK mitgebrachten Ressourcen¹⁰¹ und dem zur Verfügung stehenden Vetorecht für beide Seiten¹⁰² sind für die Erreichung der vier Interaktionsergebnisse unterschiedliche Ausmaße an Konzessionsbereitschaft nötig, die in Abhängigkeit von der Verhandlungsseite variieren:

werden, die allerdings in Anbetracht der Unmöglichkeit, ihnen eine generelle Präferenz bezüglich eines der vier potentiellen Verhandlungsergebnisse »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT« und »MIN. E.« plausibel zuzuschreiben, nicht sinnvoll mit der hier angestrebten Spielmatrix erfasst werden kann. Das heißt, die drei Unparteiischen nehmen im hier vorgestellten BAÄK-Spiel eine ungeklärte Jokerrolle ein, die darüberhinaus ein Durchspielen des BAÄK-Spiels als reines Abstimmungsspiel nicht erlaubt.

⁹⁸Die einzelnen Krankenkassenakteure sind in Tabelle 4 aufgelistet.

⁹⁹Es ist anzunehmen, dass im Fall einer horizontalen Koalitionsbildung immer die Präferenz der Leistungserbringerseite gewinnen würde. Ihr Stimmenanteil liegt von vornherein bei neun Stimmen, sie bräuchten also nur zwei Stimmen, um ihre Präferenz durchzusetzen (einfache Mehrheit = 11 Stimmen, siehe Abschnitt 7.1). Mit Blick auf die im Folgenden angenommene Präferenz der Leistungserbringerseite an »QUAL« und den zwei Stimmen des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Bundesknappschaft, für die die Einführung von reguliertem Wettbewerb bekanntlich nicht gilt, dürfte die Gewinnung von zwei Stimmen als wenig problematisch eingestuft werden.

¹⁰⁰Dass es sich bei diesen Akteuren immer um Akteure auf Bundesebene handelt, versteht sich von selbst und es wird im Folgenden von einer expliziten Kennzeichnung dieses Umstandes zugunsten der besseren Lesbarkeit abgesehen.

¹⁰¹Die Leistungserbringerseite hat das Monopol der Leistungserbringung, das heißt nur sie kann die Qualität der GKV-Leistungen gewährleisten, und die Krankenkassenseite soll die Finanzierung der Qualität der Leistungserbringung für rund 90% der bundesdeutschen Bevölkerung gewährleisten.

¹⁰²Siehe Abschnitt 7.1.

Abbildung 28: Grundsituation BAÄK

		Krankenkassen	
		K	N
Leistungserbringer	K	QUAL UND WIRT	WIRT
	N	QUAL	MIN. E.

K Konzessionsbereitschaft des Gegenübers zu Erreichung des Ergebnisses nötig

N keine Konzessionsbereitschaft des Gegenübers zur Erreichung des Ergebnisses nötig

- »QUAL« erfordert von der Krankenkassenseite Konzessionsbereitschaft, da sie die vereinbarten Leistungen letztendlich finanzieren muss,
- »QUAL UND WIRT« erfordert von der Krankenkassen- sowie von der Leistungserbringerseite Konzessionsbereitschaft,
- »WIRT« erfordert von der Leistungserbringerseite Konzessionsbereitschaft, da deren Leistungen bei diesem Interaktionsergebnis mit einer rigideren Bewertung einhergehen und
- »MIN. E.« erfordert von der Krankenkassen- sowie von der Leistungserbringerseite keine Konzessionsbereitschaft.

Ohne bisher die Interessenprofile der Krankenkassen- und Leistungserbringerseite berücksichtigt zu haben, steht damit das Grundgerüst der Verhandlungssituation des BAÄK fest. Das Grundgerüst der BAÄK-Situation setzt sich aus Informationen über die zur Disposition stehenden Verhandlungsergebnisse, der Anzahl der beteiligten Akteure und den zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen der Akteure zusammen. Diese Ausgangssituation ist in Abbildung 28 dargestellt.

In jedes der vier Felder dieser 2×2 -Spielmatrix sind entsprechend der erforderlichen Konzessionsbereitschaft von Krankenkassen- oder Leistungserbringerseite die passenden Verhandlungsergebnisse »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT«, »MIN. E.« eingetragen. Die oberhalb der Spielmatrix eingetragenen Bezeichnungen K und N beziehen sich auf den Spieler,

der oberhalb der Matrix genannt ist — also die Krankenkassenseite — und die links neben der Spielmatrix eingetragenen Bezeichnungen K und N beziehen sich auf den Spieler, der links von der Spielmatrix genannt ist — also die Leistungserbringerseite. Das Idealergebnis einer erfolgreichen Korporation ist bei K/K zu verorten. Zur Darstellung der Verhandlungssituation im BAÄK wurde mit Absicht die sogenannte »Normalform« gewählt. Da die Verhandlungsergebnisse im BAÄK durch Mehrheitsabstimmungen zu Stande kommen und die Krankenkassen- und Leistungserbringerseite ihre Spielzüge gleichzeitig setzen, ist die »extensive Form« als Darstellungsform von Sequenzspielen unnötig.¹⁰³

Für die endgültige Erfassung der im BAÄK vorherrschenden Situationsstruktur in der Zeit vor und nach der Organisationsreform fehlen jetzt noch die alles entscheidenden Präferenzkonstellationen. Präferenzkonstellationen sind Interessenkonstellationen, die sich aus dem Zusammentreffen der Interessen an »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT« und »MIN. E.« auf Krankenkassen- und auf Leistungserbringerseite ergeben. Die Interessen der einzelnen Spieler werden hierfür in eine Rangfolge gebracht, die in der Spieltheorie als Präferenzordnung bezeichnet wird.

Sollte sich der Steuerungsversuch in Form der Organisationsreform von 1992 aus Sicht des Gesetzgebers als Erfolg herausstellen, müsste sich die Präferenzordnung auf Krankenkassenseite zugunsten des Verhandlungsergebnisses »QUAL UND WIRT« verändert haben. Die mittels Inhaltsanalyse in Kapitel 10 erzielten Ergebnisse zu den Auswirkungen der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK) und Ersatzkassen geben Aufschluss über die durch die Organisationsreform angestoßene Veränderung der Präferenzordnung auf der Krankenkassenseite. Die empirisch spezifizierten Interessen der Bundesverbände der AOK, BKK und Ersatzkassen reichen zur Bestimmung der Präferenzkonstellation im BAÄK jedoch nicht aus. Neben der Übertragung der Ergebnisse für die Bundesverbandsebene der Ersatzkassen auf den Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK)¹⁰⁴ müssen außerdem Annahmen über die Präferenzen für die Krankenkassenseite in der Zeit vor der Organisationsreform und für die Leistungserbringerseite in der Zeit vor und nach der Organisationsreform gemacht werden.

Der Leistungserbringerseite wird im Zuge der Erstellung einer Präferenzkonstellation im

¹⁰³Zur Darstellung von Sequenzspielen eignen sich Spielbäume.

¹⁰⁴In Anbetracht der schlechten Risikostrukturentwicklung der IKK und Ersatzkassen und der vergleichbaren wettbewerblichen Ausgangssituation der Mitgliedschaften der Bundesverbände der Ersatzkassen und der IKK wurde im Zuge der Hypothesenbildung angenommen, dass die empirischen Ergebnisse, die für die Bundesverbandsebene der Ersatzkassen erzielt werden, auf den Bundesverband der IKK übertragen werden können.

BAÄK ein dominierendes und grundsätzliches Interesse an der Verteidigung des Ärztemonopols zur Definition der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs einer Krankenbehandlung unterstellt werden. [Tauchnitz, 436f.] Dieses Interesse wird in der Zeit vor sowie in der Zeit nach der Organisationsreform mit Blick auf die zur Wahl stehenden Verhandlungsergebnisse »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT« und »MIN. E.« nur mit dem Verhandlungsergebnis »QUAL« befriedigt. Von diesem Idealergebnis aus abwärts kann dann die Rangfolge der restlichen Interessen bestimmt werden: »QUAL UND WIRT« > »WIRT« > »MIN. E.«. Das Verhandlungsergebnis »MIN. E.« ist für die Leistungserbringer sowie für die Krankenkassen das am wenigsten bevorzugte Verhandlungsergebnis, da eine Regulierung in Eigenverantwortung ihren eigenen Bedürfnissen immer stärker entgegenkommt als eine Regulierung durch den Staat.

In Anbetracht des Handlungsdrucks, der den Gesetzgeber zur Organisationsreform auf Seiten der Krankenkassen veranlasst hat, nämlich dass nicht einmal die Krankenkassenseite ein Interesse an kostendämpfenden Maßnahmen in den Expertengremien der gemeinsamen Selbstverwaltung verfolgt, wird für die Krankenkassenseite in der Zeit vor der Organisationsreform dieselbe Präferenzordnung wie die der Leistungserbringerseite angenommen. Also: »QUAL« > »QUAL UND WIRT« > »WIRT« > »MIN. E.«. Diese Einschätzung deckt sich mit den in Kapitel 3 zitierten Experteneinschätzungen über die Steuerungsabsicht der Organisationsreform zur Zeit ihrer gesetzlichen Implementierung. Deren Einschätzung zufolge sollte mit Hilfe der Organisationsreform die zu große Konzessionsbereitschaft der Krankenkassen gegenüber der Leistungserbringerseite und der damit einhergehenden mangelnden Umsetzung von kostendämpfenden Maßnahmen durch die gemeinsame Selbstverwaltung bekämpft werden.¹⁰⁵ Der in den Abschnitten 10.4.2 und 10.4.3 nachgewiesene Interessen-,Einheitsbrei in der Zeit vor der Organisationsreform ist hierfür ein empirisches Indiz.

Dieselbe Präferenzordnung wird für den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Bundesknappschaft für den Zeitraum nach der Organisationsreform beibehalten. Da für diese zwei Krankenkassen im Zuge der Organisationsreform ja auch kein Wettbewerb eingeführt wurde, dürfte sich deshalb ihre Präferenzordnung nicht gewandelt haben.

¹⁰⁵Dass Verbände, deren Verpflichtungsfähigkeit auf der vom Gesetzgeber gewährleisteten Zwangsgliedschaft basiert, im Rahmen von Kollektivverhandlungen zu einer hohen Konzessionsbereitschaft neigen, kann mit der konkurrenzlosen Dominanz von einflusslogischen Interessen erklärt werden. Aus korporatismustheoretischer Sicht ist es plausibel, dass die Bundesverbände der Krankenkassen in diesem Fall lediglich Interesse an der Stabilität des entsprechenden Verhandlungsgremiums haben. Ohne jedweder Form von inhaltlicher Interessenausprägung.

Anders verhält es sich mit den Bundesverbänden der AOK, BKK, Ersatzkassen und IKK. Ihre Interessen wurden durch die Organisationsreform beeinflusst.

Für die Ermittlung der durch die Organisationsreform mutmaßlich veränderten Interessenausrichtung auf Seiten der Bundesverbände der AOK, BKK, Ersatzkassen und IKK bietet sich die Weiterverarbeitung der Erkenntnisse zur Interessenbündelung nach der Implementierung der Organisationsreform an. Wir erinnern uns: Mit dem Interesse an Kollektivverhandlungen sind die Interessen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV sowie an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite eng verknüpft und mit dem Interesse an Einzelkassenaktivitäten besteht gleichzeitig Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierung auf Krankenkassenseite. Mit Blick auf die zur Wahl stehenden Verhandlungsergebnisse im BAÄK »QUAL«, »QUAL UND WIRT«, »WIRT«, »MIN. E.« würden die im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel gebündelten Interessen mit dem aus Krankenkassensicht nur kooperativ zu erreichenden Verhandlungsergebnis »QUAL UND WIRT« befriedigt werden. Dagegen werden die im Einzelkassenaktivitäten-Interessenbündel zusammengefassten Interessen mit dem aus Krankenkassensicht ohne Kooperation zu erreichenden Verhandlungsergebnis »WIRT« bedient. Gemäß der empirischen Ergebnisse in Kapitel 10 sind die Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK an »QUAL UND WIRT« und der Bundesverband der BKK an »WIRT« interessiert. Damit haben sich die Bundesverbände der Wahlklassen von ihrer ursprünglichen Bevorzugung der Verhandlungsergebnisse »QUAL« abgewendet.

Anhand der unterstellten Beibehaltung des Interesses des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Bundesknappschaft am Verhandlungsergebnis »QUAL« und den für die Wahlklassen mittels Empirie separat ermittelten Verhandlungsergebnis-Präferenzen kann jetzt die Präferenzordnung der gesamten Krankenkassenseite im BAÄK in der Zeit nach der Organisationsreform abgeleitet werden. Für die Ableitung der Präferenzordnung findet der Stimmenanteil der verschiedenen Krankenversicherungsvertreter im BAÄK Berücksichtigung¹⁰⁶. Das heißt, dass beispielsweise die Verhandlungsergebnispräferenz des Bundesverbandes der BKK nur mit einfacher Gewichtung und die des Bundesverbandes der AOK mit dreifacher Gewichtung in die Ermittlung der Präferenzordnung der gesamten Krankenkassenseite eingeht.

Die auf diese Weise ermittelte Interessenverteilung auf Krankenkassenseite ist im Einzelnen in Tabelle 19 ersichtlich. Die in der letzten Zeile eingetragenen Nutzenwertkennziffern geben die Präferenzordnung für die Zeit nach der Organisationsreform auf der Kran-

¹⁰⁶Siehe Tabelle 4.

Tabelle 19: Interessenverteilung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform

Kassenart	QUAL	QUAL UND WIRT	WIRT	MIN. E.
AOK	0	3	0	0
BKK	0	0	1	0
EK	0	2	0	0
IKK	0	1	0	0
BKN	1	0	0	0
landw. KV	1	0	0	0
Stimmenanteile	2	6	1	0
Nutzenwertziffern	3	4	2	1

kenkassenseite an. Die Präferenzordnung auf der Krankenkassenseite lautet entsprechend »QUAL UND WIRT« > »QUAL« > »WIRT« > »MIN. E.« und hat sich im Vergleich zur Präferenzordnung in der Zeit vor der Organisationsreform »QUAL« > »QUAL UND WIRT« > »WIRT« > »MIN. E.« tatsächlich im Sinne der Gesetzgeberintention geändert.

Nachdem nun die Präferenzordnungen der Krankenkassen- und Leistungserbringerseite in der Zeit vor und nach der Organisationsreform von 1992 bestimmt sind, kann die im BAÄK vorherrschende Verhandlungssituation vor und nach der Implementierung der Organisationsreform mit einer für eine Spielmatrix maximal möglichen Nuancierung dargestellt werden. Das heißt, das die noch unfertige Spielmatrix in Abbildung 28 mit dem Eintrag der Präferenzordnungen vervollständigt werden kann. Beide BAÄK-Verhandlungssituationen sind in Abbildung 29 dargestellt.

Neben den Abkürzungen für die vier potentiellen Verhandlungsergebnisse im BAÄK sind in jedes der vier Felder dieser 2×2 Spielmatrizen zwei Zahlen eingetragen. Diese Zahlen werden in der Spieltheorie als Nutzenwertkennziffern bezeichnet und geben, wie schon im Zuge der Erklärung der Tabelle 19 ausgeführt, die Präferenzordnung bezüglich des im selben Feld aufgelisteten Verhandlungsergebnisses des beteiligten Spielers an. Die 4 markiert das größte und die 1 das kleinste Interesse des jeweils betreffenden Spielers. Die obere (rechts ausgerichtete) Nutzenwertkennziffer bezieht sich auf den Akteur, der oberhalb der Matrix genannt ist — also die Krankenkassen — und die untere (links ausgerichtete) Nutzenwertkennziffer bezieht sich auf den Akteur der links von der Spielmatrix genannt ist — also die Leistungserbringer.

Abbildung 29: Verhandlungssituationen im BAÄK vor und nach der Organisationsreform

		Krankenkassen	
		K	N
Leistungserbringer	K	<div> <div>QUAL UND WIRT</div> <div>3</div> </div>	<div> <div>WIRT</div> <div>2</div> </div>
	N	<div> <div>QUAL</div> <div>4</div> </div>	<div> <div>MIN. E.</div> <div>1</div> </div>
		4	1

vor Organisationsreform

		Krankenkassen	
		K	N
Leistungserbringer	K	<div> <div>QUAL UND WIRT</div> <div>4</div> </div>	<div> <div>WIRT</div> <div>2</div> </div>
	N	<div> <div>QUAL</div> <div>3</div> </div>	<div> <div>MIN. E.</div> <div>1</div> </div>
		4	1

nach Organisationsreform

11.2 Situationsstrukturelle Diskussion

In der Praxis der Sozialwissenschaften bieten sich spieltheoretische Konzepte nicht nur zur Darstellung von Verhandlungssituationen an. Anhand einer solchen formalisierten Darstellung einer interdependenten Entscheidungssituation mit eingetragener Präferenzkonstellation für die Zeit vor und nach der Organisationsreform können obendrein Rückschlüsse auf situationsspezifisch dominante Interaktionsergebnisse gezogen werden.

Welches der vier möglichen Interaktionsergebnisse als dominant einzustufen ist, wird im Folgenden anhand der Lage des Nash-Gleichgewichts entschieden. Das Nash-Gleichgewicht bezeichnet eine Konstellation einzelner Spielerstrategien, in der es keinem Spieler mehr möglich ist, sein Ergebnis durch den einseitigen Wechsel zu einer anderen Strategie zu verbessern. [Nash]

Zur Bestimmung des dominanten Interaktionsergebnisses in der Ausgangssituation im BAÄK (status quo ante) wird zunächst die Spielmatrix für die Zeit vor der Organisationsreform näher betrachtet.

Die in Abbildung 30 dargestellte Verhandlungssituation im BAÄK vor der Organisati-

Abbildung 30: Verhandlungssituation im BAÄK vor der Organisationsreform

		Krankenkassen	
		K	N
Leistungserbringer	K	3 QUAL UND WIRT 3	2 WIRT 2
	N	4 QUAL 4	1 MIN. E. 1

onsreform zeigt eine Verhandlungssituation, in der mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit das Verhandlungsergebnis »QUAL« erhandelt wird. Genauer gesagt, handelt es sich hierbei um ein reines Koordinationsspiel ohne Verteilungskonflikt. Bei dieser Art von Spielen ist es beiden Spielern möglich ihr bestmögliches Ergebnis ohne jeglichen Konflikt und ohne jegliches Risiko zu erreichen. Das Nash-Gleichgewicht liegt hier bei »QUAL«.

Angesichts der von beiden Seiten in die Verhandlung mitgebrachten Ressourcen ist die Leistungserbringerseite der Nutznießer dieser Konstellation. Dieser Nutznießerposition wollte der Gesetzgeber mit Hilfe der Organisationsreform Einhaltung gebieten. Durch den mittels Organisationsreform erzeugten Wettbewerbsdruck auf Krankenkassenseite sollte die im Vorfeld dieser Reform kritisierte uneingeschränkte Konzessionsbereitschaft der Krankenkassen gegenüber der Leistungserbringerseite verhindert und eine BAÄK-Orientierung an der »QUAL UND WIRT«-Leistungskatalogvariante erzeugt werden.

Ob das gelungen ist, kann anhand der Spielmatrix für die Verhandlungssituation nach der Organisationsreform abgelesen werden (status quo). Diese in Abbildung 31 dargestellte Spielmatrix zeigt, dass die Krankenkassenseite in die Leistungskatalog-Verhandlungen nach der Organisationsreform tatsächlich weniger Interesse als bisher an dem »QUAL«-Ziel der Leistungserbringerseite mitbringt. Allerdings zeigt sie auch, dass der Interessenwandel auf Krankenkassenseite nichts an der Lage des Nash-Gleichgewichts ändert.

Im Gegensatz zur Spielsituation vor der Organisationsreform liegt nach der Reform eine Positionsdifferenz ersten Grades zwischen der Krankenkassen- und der Leistungserbringerseite vor. Die Verhandlungsergebnisse, die von beiden Seiten am stärksten angestrebt werden, stimmen gemäß dieser Positionsdifferenz also nicht (mehr) überein. Die Krankenkassenseite ist am stärksten an »QUAL UND WIRT« und die Leistungserbringerseite ist am stärksten an »QUAL« interessiert.

Abbildung 31: Verhandlungssituation im BAÄK nach der Organisationsreform

		Krankenkassen	
		<i>K</i>	<i>N</i>
Leistungserbringer	<i>K</i>	<div> <div>QUAL UND WIRT</div> <div>3</div> <div>4</div> </div>	<div> <div>WIRT</div> <div>2</div> <div>2</div> </div>
	<i>N</i>	<div> <div>QUAL</div> <div>4</div> <div>3</div> </div>	<div> <div>MIN. E.</div> <div>1</div> <div>1</div> </div>

Trotz dieser durch die Organisationsreform erzielten Positionsdifferenz hat die Reform ihr Ziel jedoch verfehlt: Die Positionsdifferenz ändert nämlich nichts an der Lage des Nash-Gleichgewichts. Das Nash-Gleichgewicht liegt in der derzeit gültigen BAÄK-Situation weiterhin bei »QUAL«.

Der Grund für die unveränderte Lage des Nash-Gleichgewichts ist die zur Erreichung von »QUAL UND WIRT« notwendige Wahl der kooperativ ausgerichteten Strategie *K* der Krankenkassenseite. Das heißt, dass das bestmögliche Ergebnis aus Sicht der Krankenkassen »QUAL UND WIRT« von vornherein kooperatives Verhalten von Seiten der Krankenkassen einfordert. Dagegen erfordert das bestmögliche Ergebnis aus Sicht der Leistungserbringer »QUAL« von ihrer eigenen Seite keine Kooperation. Demnach ist die dominante Handlungsorientierung der Leistungserbringerseite bei *N* angesiedelt. Allerdings benötigen beide Seiten für die Erreichung ihres jeweils besten Ergebnisses »QUAL« oder »QUAL UND WIRT« die Kooperation des jeweiligen Gegenübers. Das heißt wiederum, dass zur Erreichung des bestmöglichen Ergebnisses aus Sicht der Krankenkassen »QUAL UND WIRT« *auch* die Leistungserbringerseite kooperieren muss, während zur Erreichung des bestmöglichen Ergebnisses aus Sicht der Leistungserbringer »QUAL« *nur* die Krankenkassenseite kooperieren muss.

Damit zeigt die Spielmatrix in Abbildung 31 nicht nur ein Spiel mit Positionsdifferenz. Neben einer Verhandlungssituation mit einer Positionsdifferenz ersten Grades, zeichnet sich das BAÄK-Spiel nach der Organisationsreform durch eine schiefastige Verhandlungskonstellation zugunsten der Leistungserbringerseite aus. Schiefastig meint, dass die von vornherein feststehende Kooperationsneigung der Krankenkassenseite von der Leistungserbringerseite zu ihren Gunsten ausgenutzt werden kann, indem diese ihr Wissen über diese Neigung auf Krankenkassenseite ausnutzt, nicht kooperiert und damit ihr bestes Ergebnis

auf Kosten der Krankenkassen erzielt. Einzige Voraussetzung für diese Strategiewahl in einer solchen Verhandlungssituation ist, dass die Leistungserbringer diesen Vorteil erkennen und an Nutzenmaximierung für ihre Seite interessiert sind.

Trifft dies zu, bleibt »QUAL« auch nach der Organisationsreform das dominante Interaktionsergebnis der BAÄK-Verhandlungen. Die Organisationsreform ist damit nicht auf die BAÄK-Ebene durchgeschlagen. Das heißt, die Bestückung des gesetzlichen Leistungskataloges orientiert sich weiterhin primär an medizinischen Machbarkeitskriterien. Welche Leistung dann vom Patienten tatsächlich in Anspruch genommen wird, unterliegt damit wie eh und jäh der Entscheidungsmacht des einzelnen Arztes. Auf dieser Ebene setzen im Übrigen die für ausgabeseitig orientierte Reformen üblicheren Direktangriffe an. Zum Beispiel Budgetierungsmaßnahmen.

11.3 Einordnung des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden

Die Organisationsreform hat ihr Ziel auf BAÄK-Ebene verfehlt. Der Einsatz der zwei Instrumente »Krankenkassenwahlfreiheit« und »Risikostrukturausgleich« führt demnach nicht zu einer stärker wirtschaftlich orientierten Bestückung des gesetzlichen Leistungskataloges.

Angesichts dieses Ergebnisses soll zum Abschluss der vorliegenden Arbeit die bis jetzt offen gebliebene Frage beantwortet werden, wie die in Kapitel 6 deskriptiv erfasste Merkmalsausprägung der BAÄK-Aktivitäten zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zu beurteilen sind. Die zur Debatte stehenden Merkmale sind:

- Einführung detaillierterer Kriterien zur Bewertung der Methoden ärztlicher Behandlung,
- von der erweiterten Verhandlungsmöglichkeit, auch bereits zugelassene Leistungen neu zu verhandeln, wurde wenig Gebrauch gemacht,
- wiederholte Anträge auf Neuaufnahmen von ärztlichen Leistungen blieben ohne Erfolg,
- in der Verschreibungspraxis des Arztes ist auf Krankenkassenseite eine Zunahme an Einflusschancen zu verzeichnen und

- die Ärzte sind zunehmenden Kontrollmechanismen unterworfen, die die Qualität der Leistungserbringung sichern soll.

Es fällt auf, dass einige dieser Merkmale das Ergebnis der unveränderten Orientierung des BAÄK auf »QUAL« bestätigen und einige dieser Merkmale dieses Ergebnis nicht bestätigen. Für eine durch die Organisationsreform unveränderte Verhandlungssituation im BAÄK spricht beispielsweise, dass von der erweiterten Verhandlungsmöglichkeit, auch bereits zugelassene Leistungen neu zu verhandeln, kaum Gebrauch gemacht wurde. Dagegen sprechen Maßnahmen wie die erhöhte Einflussmöglichkeit der Krankenkassenseite auf die Leistungsentscheidung des Arztes oder die zunehmende Qualitätskontrolle seiner Leistung durch die Krankenkassen für eine gelegentliche Durchsetzung der Interessen der Krankenkassen an »QUAL UND WIRT«. Solche Erfolge der Krankenkassen können mit einer dynamischen Präferenzordnung der Leistungserbringer auf der Ebene von Einzelfallentscheidungen plausibel gemacht werden.

Anders als die mit den 2×2 -Spielmatrizen dargestellten Verhandlungs(global)situationen im BAÄK sind in Einzelfällen Verhandlungsergebnisse erklärbar, die in Richtung von »QUAL UND WIRT« zeigen. Während die in diesen Spielmatrizen eingetragenen Präferenzordnungen der Krankenkassen und Leistungserbringer anhand eines generellen Interesses an Idealtypen von Leistungskatalogvarianten abgeleitet wurden, können auf Einzelverhandlungsebene hierzu querliegende Interessen zu einer gelegentlichen Abweichung von »QUAL«-kompatiblen Verhandlungsergebnissen führen. So ist es beispielsweise mit Blick auf den iterativen Charakter des BAÄK vorstellbar, dass die Leistungserbringerseite aus dramaturgischen Erwägungen gelegentlich dazu neigt, gegenüber dem »QUAL UND WIRT«-motivierten Interessen der Krankenkassenseite einzulenken. In diesem Sinn könnte ein gelegentliches Einlenken der Leistungserbringer mit ihrer Angst vor ministerieller Einmischung bei überzogener Unwirtschaftlichkeit der BAÄK-Ergebnisse plausibel gemacht werden. Zwei risikoerhöhende Szenarien aus Sicht der Leistungserbringer wären hier vorstellbar.

Das erste und mit Blick auf die derzeit geltende BAÄK-Situation auch naheliegendste Szenario, dass den Leistungserbringern die Lust an einer permanenten Ausnutzung der BAÄK-Situation zu ihren Gunsten verleiden könnte, ist die drohende Gefahr der Wahl einer Tit for Tat-Strategie durch die Krankenkassen. Gesteht die Leistungserbringerseite der Krankenkassenseite ebenfalls die Kompetenz zu, die Verhandlungssituation richtig einzuschätzen und ebenfalls auf Nutzenmaximierung auszuweichen, besteht nämlich bei langfristig iterativen Spielen die Gefahr, dass die Krankenkassenseite bei wiederholten Niederlagen

trotz ihres eigenen Verlustes auf die Möglichkeit der endogenen Sanktionsmöglichkeit im Rahmen einer Tit for Tat-Strategie zurückgreift. Das heißt Kooperation wird mit Kooperation belohnt und Nichtkooperation wird mit Nichtkooperation bestraft.¹⁰⁷ [Axelrod] Die Kooperations-Vier der Krankenkassenseite wird in diesem Fall vielleicht eher als eine Sieben eingestuft, die ihren eigenen drohenden Verlust im Fall einer gelegentlichen Nichtkooperation als lohnende Investition in die Zukunft erscheinen lässt. Die BAÄK-Ergebnisse im Fall einer unkooperativen Krankenkassenseite sind für die Leistungserbringerseite besonders unattraktiv. Mit Blick auf die Gesetzgebung der letzten Jahre müssen die Leistungserbringer annehmen, dass »MIN. E.« für sie selber inhaltlich schmerzlicher als für die Krankenkassenseite ausfallen dürfte.

Das zweite Szenario ist inhaltlich ein wenig anders gelagert und beschreibt nicht die Gefahr einer ohnehin verfügbaren Sanktionsmöglichkeit in sich wiederholenden Spielen. Dieses Szenario thematisiert die vermutlich eher als labil einzustufende Präferenz von den im Kollektivverhandlungen-Interessenbündel zusammengefassten Interessen auf Seiten der Ersatzkassen und der IKK. In Anbetracht des Umstands, dass die Ersatzkassen sowie die IKK trotz schlechter Risikostrukturentwicklung nach wie vor beim Risikostrukturausgleich auf der Zahlerseite sind — also eine eher gute Risikostruktur haben und sich damit deren Mitglieds-kassen auch Chancen im Wettbewerb um gute Risiken ausrechnen könnten¹⁰⁸ — könnte die Gefahr einer Nichtkooperation durch die Krankenkassen im Zuge einer sich veränderten Präferenzordnung aus Sicht der Leistungserbringer als relativ hoch eingeschätzt werden. Eine zusätzliche Provokation dieses Umschwenkens durch wiederholte Niederlagen der Krankenkassenseite sollte mit Blick auf die dann drohende Spielsituation aus Sicht der Leistungserbringer tunlichst vermieden werden. Die drohende Interessenverteilung auf Seiten der Krankenkassen ist in Tabelle 20 aufgelistet und die daraus ableitbare neue BAÄK-Situation ist in Abbildung 32 dargestellt. Diese zeigt im Vergleich zur derzeit gültigen Verhandlungssituation, dass sich die Präferenzordnung der Krankenkassen zugunsten von »WIRT« und damit zugunsten einer Nichtkooperationsstrategie verändert hat. Es handelt sich hier um das sogenannte Chickengame¹⁰⁹, das ohne es ausschweifend vorzustellen, zumindest aus Sicht der Leistungserbringer eine wesentlich unvorteilhaftere Situation mit sich bringen würde. In Kombination mit der bereits oben angesprochenen von Krankenkassen-

¹⁰⁷Tit for Tat-Strategien als endogene Sanktionsmöglichkeit zieht bzw. funktioniert übrigens nicht bei N-Personen-Spielen, denn die Bestrafung Nichtkooperation mit Nichtkooperation kann in solchen Fällen nicht direkt an den jeweils Schuldigen adressiert werden. (Stichwort: Olsons Trittbrettfahrer) [Scharpf a, 135f.]

¹⁰⁸Zum Hintergrund dieses Zusammenhangs: Siehe Abschnitt 9.2.

¹⁰⁹Sehr umfassend unter anderen von Fritz W. Scharpf vorgestellt und diskutiert. [Scharpf a, 137ff./173f.]

Tabelle 20: Drohende Interessenverteilung auf Krankenkassenseite nach der Organisationsreform

— Wackelkandidatenversion —

Kassenart	QUAL	QUAL UND WIRT	WIRT	MIN. E.
AOK	0	3	0	0
BKK	0	0	1	0
EK	0	0	2	0
IKK	0	0	1	0
BKN	1	0	0	0
landw. KV	1	0	0	0
Stimmenanteile	2	3	4	0
Nutzenwertziffern	2	3	4	1

Abbildung 32: Drohende Verhandlungssituation im BAÄK nach der Organisationsreform

		Krankenkassen	
		K	N
Leistungserbringer	K	<div> <div>3</div> <div>QUAL UND WIRT</div> <div>3</div> </div>	<div> <div>2</div> <div>WIRT</div> <div>4</div> </div>
	N	<div> <div>4</div> <div>QUAL</div> <div>2</div> </div>	<div> <div>1</div> <div>MIN. E.</div> <div>1</div> </div>
		Wackelkandidatenversion	

und Leistungserbringerseite unterschiedlich ausfallenden Bewertung von »MIN. E.« dürfte die Krankenkassenseite in Rahmen des Chickengame taktisch die Nase vorn haben.

Das das Risiko von Nichtkooperation auf Krankenkassenseite tatsächlich existiert, zeigt beispielsweise die Berichterstattung in den Tagesthemen am 28.07.2005. Dort wurde berichtet, dass sich die gegenwärtig amtierende Gesundheitsministerin Ulla Schmidt darüber beschwerte, dass sich die Krankenkassen und Leistungserbringer nicht auf eine mehr wirtschaftlich orientierte Arzneimittelschreibung der Kassenärzte im BAÄK einigen konnten. Die Wahl der Nichtkooperationsoption wurde hier nur der Leistungserbringerseite vorgeworfen, was die Annahme unterstreicht, dass die Gefahr von »MIN. E.« für die Leistungserbringerseite größer ist.

Welches dieser Szenarien die Dramaturgie des gelegentlichen Einlenkens der Leistungser-

bringerseite tatsächlich lenkt, wäre sicherlich eine lohnende Fragestellung einer anderen Untersuchung. Es ist vorstellbar, dass diese dramaturgisch geleiteten Einlenkungsmanöver der Leistungserbringer letztendlich zu einer systematischen Bevorzugung einer bestimmten Form von Wirtschaftlichkeitsforderungen der Krankenkassenseite im BAÄK führt. Sollte dies so sein, wäre auf Basis der in dieser Arbeit entwickelten 2×2 -Spieldmatrizen sicherlich eine Anpassung der Präferenzordnung der Leistungserbringerseite für diese spezielle Thematik der Leistungskatalogbestückung sinnvoll. Diese Einschränkung würde jedoch nichts daran ändern, dass die Leistungserbringerseite das Zepter in der Hand hält und im Großen und Ganzen nicht von ihrem Hauptziel eines großzügig bestückten gesetzlichen Leistungskataloges abweichen wird. So dass weiterhin die Definitionsmacht der Kosten-Nutzen-Relation einer Leistung bei ihrer Seite liegt.

Akzeptiert man die Erklärung, dass die »QUAL UND WIRT«-Merkmale des Verhandlungsgeschehens zur Bewertung ärztlicher Behandlungs- und Untersuchungsmethoden Einzelfälle sind und auf ein dramaturgisch motiviertes Einlenken der Leistungserbringerseite zurückzuführen sind, muss eingeräumt werden, dass dieser Dramaturgiebedarf durch die Organisationsreform erhöht wurde. Ohne die durch die Organisationsreform verursachte Positionsdifferenz ersten Grades zwischen der Krankenkassen- und der Leistungserbringerseite müsste die Leistungserbringerseite nämlich weniger nötig auf die Dramaturgie des gelegentlichen Einlenkens gegenüber den Interessen der Krankenkassenseite zurückgreifen. Damit bleibt die Organisationsreform bezüglich ihrer Auswirkung auf die Großwetterlage im BAÄK ein Steuerungsmisserfolg. Durch sie gewinnen lediglich dramaturgische Handlungsziele gegenüber zweckrationaler Handlungsziele an Bedeutung. Zumindest auf der Leistungserbringerseite. Die dramaturgischen Handlungsziele werden allerdings immer nur ein gelegentlich genutztes Instrument zur Erreichung des zweckrationalen Ziels »QUAL« bleiben.

12 Resümee

Die vorliegende Arbeit widmete sich der Analyse der Auswirkung der staatlich verordneten Einführung von reguliertem Wettbewerb auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK). Die wettbewerblichen Veränderungen wurden im Rahmen der sogenannten Organisationsreform gesetzlich implementiert, die Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 war. Mit der Organisationsreform wurde eine Krankenkassenwahlfreiheit für alle Pflichtversicherten eingeführt, die sich auf alle Krankenkassen der vier größten Kassenarten (AOK, BKK, Ersatzkassen und IKK) in der Bundesrepublik Deutschland erstreckt. Zur Vermeidung eines Wettbewerbs dieser Krankenkassen um kostengünstige Beitragszahler wurde parallel die Pflicht zum Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen der GKV eingeführt. Ziel dieses geregelten Wettbewerbs war eine größere Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Wahrung des Qualitätsniveaus des bundesdeutschen Gesundheitswesens. Die Idee zur Nutzung dieser zwei Instrumente war offensichtlich vom Enthovenschen »managed competition«-Modell geleitet. Das bundesdeutsche Realmodell entspricht diesem Idealm-odell jedoch nicht ganz. Im bundesdeutschen Realmodell werden die Gesundheitsleistungen nicht auf einem Markt mit freiem Wettbewerb der Leistungsanbieter angeboten. Sie werden korporatistisch zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verhandelt. Der BAÄK diente als Stellvertreter der insgesamt vier korporatistischen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Leistungsregulierung der GKV. Angesichts der korporatistischen Abweichung des Realmodells wurde im Rahmen der Analyse der Auswirkung der Organisationsreform auf den BAÄK eine zweiteilige Fragestellung bearbeitet: Wie wirkt sich die Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlkassen und wie wirken sich diese Interessen auf die Verhandlungssituation im BAÄK aus?

Die Beantwortung der Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlkassen basiert auf Überlegungen der korporatistischen Verbandetheorie, einer Sekundäranalyse der Wirkung der Organisationsreform auf Einzelkassenebene und einer quantitativen Inhaltsanalyse von Verbandspublikationen. Die korporatistische Verbandetheorie macht darauf aufmerksam, dass durch die Organisationsreform eine Stärkung der innerverbandlichen Mitgliedschaftslogik erreicht wird. Mit Blick auf die Sekundäranalyse der Wirkung der Organisationsreform auf Einzelkassenebene wurde dann die Ausprägung der mitgliedschaftslogischen Ansprüche an ihre Interessenvertretung im BAÄK präzisiert. Die mitgliedschaftslogischen Ansprüche sind im Fall der BKK von einem Interesse an »Wettbewerb um gute Risiken« und im Fall der AOK, Ersatzkassen und IKK von einem Interesse an »Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit durch aktives

Fall- und Vertragsmanagement« geprägt. Die tatsächlich erfolgte Übersetzung dieser mitgliedschaftslogischen Ansprüche durch ihre Bundesverbände wurde mittels einer Inhaltsanalyse von Verbandspublikationen der AOK, Ersatzkassen und BKK ermittelt. Gemäß der empirischen Ergebnisse dieser Analyse verfolgt der Bundesverband der BKK bei Themen der Leistungsregulierung ein relativ größeres Interesse an Einzelkassenaktivitäten, an Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite. Die Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK verfolgen dagegen ein relativ größeres Interesse an Kollektivverhandlungen, an Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV und an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite. Damit wirkt die Organisationsreform im Fall der Bundesverbände der AOK, Ersatzkassen und IKK wie gewünscht und im Fall des Bundesverbandes der BKK ist sie über ihr Ziel hinaus geschossen. Der Bundesverband der BKK neigt demnach zu einer Unterstützung seiner Mitgliedskassen im Wettbewerb um kostengünstige Beitragszahler und die Wahrung des Qualitätsniveaus der GKV fällt bei dieser Interessenvertretung unter den Tisch.

Nachdem der erste Teil der Frage nach der Auswirkung der Organisationsreform auf die Interessen der Bundesverbände der Wahlkassen beantwortet war, wurde der zweite Teil der Frage nach der Auswirkung dieser Interessen auf die Verhandlungssituation im BAÄK bearbeitet. Bei dem hier erzielten Ergebnis handelt es sich um einen Vorschlag zur Darstellung der BAÄK-Situation mittels einer 2×2 -Spielmatrix, in der die empirischen Ergebnisse zu den Interessen der Bundesverbände der Wahlkassen nach der Organisationsreform verarbeitet sind. Um einen Vorschlag zur Darstellung einer Verhandlungssituation mittels einer Spielmatrix unterbreiten zu können, wurden zunächst die zur Debatte stehenden Verhandlungsergebnisse eingegrenzt. Der BAÄK (sowie alle anderen leistungsregulierenden Verhandlungsgremien im bundesdeutschen Gesundheitswesen) wird als ein Ausgestaltungsspiel des gesetzlichen Leistungskataloges begriffen, bei dessen Bestückung vier Handlungsleitlinien zu unterscheiden sind. Die Verhandlungsteilnehmer orientieren sich demnach bei ihren Entscheidungen an einer Leistungskatalogvariante die entweder nach medizinischen Machbarkeitskriterien bestückt ist, deren Bestückung neben medizinischen Machbarkeitskriterien die Kosten-Nutzen-Relation einer Leistung berücksichtigt, die lediglich Wirtschaftlichkeitskriterien genügt oder deren Bestückung besser vom Bundesministerium für Gesundheit vorgenommen werden sollte. Bei allen diesen Leistungskatalogvarianten handelt es sich um Idealtypen, die am Ende einer unbestimmten Reihe von Einzelverhandlungen stehen. Die im ersten Teil empirisch überprüften Bundesverbandsinteressen der Wahlkassen werden mit zwei dieser BAÄK-Ergebnisse bedient. Das Interesse der Bundesverbandes der BKK wird

am besten mit einem primär wirtschaftlich bestückten Leistungskatalog befriedigt und das der Bundesverbände der AOK, Ersatzklassen und IKK legt eine Präferenz für die qualitativ und wirtschaftlich optimal bestückte Leistungskatalogvariante nahe. Unterstellt man eine Verhandlungssituation, die im wesentlichen durch zwei Spieler, zwei Handlungsoptionen, zwei Präferenzordnungen und vier zur Debatte stehenden Verhandlungsergebnissen wiederzugeben ist, muss festgestellt werden, dass die Organisationsreform auf BAÄK-Ebene als Misserfolg zu bewerten ist. Nach der Organisationsreform kann sich trotz der Interessenverschiebungen auf Bundesverbandsebene keine generelle Orientierung des BAÄK an einem qualitativ und wirtschaftlich optimal ausgestalteten Leistungskatalog durchsetzen. Die Leistungserbringerseite ist gemäß der spieltheoretischen Betrachtung der strategischen Aufstellung der Leistungserbringer und Krankenkassen im BAÄK nach wie vor in der Lage ihre Präferenz für die Leistungskatalogvariante durchzusetzen, die nach Kriterien der medizinischen Machbarkeit bestückt ist.

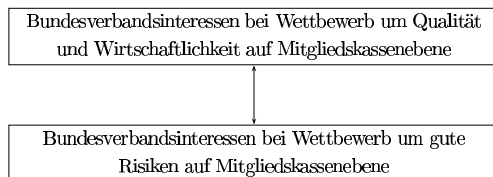
Angeichts dieser zwei Ergebnisblöcke muss zum Schluss konstatiert werden, dass es sich bei der Organisationsreform von 1992 im Großen und Ganzen um einen Steuerungsmisserfolg handelt. Zwar ist die Organisationsreform halbwegs erfolgversprechend auf die Bundesverbandsebene der Wahlklassen durchgeschlagen, jedoch ist ihre Wirkung auf halben Weg verpufft. Die entscheidende Rolle spielt dabei das von wirtschaftlichen Erwägungen unbeeindruckte Interesse der Vertreter der Leistungserbringerseite. Diese hier nicht mittels einer empirischen Untersuchung überprüfte Annahme scheint mit Blick auf die nunmehr seit Beginn des Jahres anhaltende Forderung der Gehaltsauffrischung um 30 Prozent für die Krankenhausärzte wiederholt Bestätigung zu finden. An genau dieser Stellschraube setzt die derzeit im Rahmen der Planung der nächsten Gesundheitsreform diskutierte Erlaubnis zu Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Welche Rolle in dem Fall allerdings den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zukommen soll, wurde noch nicht verraten. Auch die Idee, dass die Hausärzte eine Lotsenfunktion übernehmen, zeigt in die Richtung, dass der Gesetzgeber in nächster Zeit versuchen wird, dass Wirtschaftlichkeitsinteresse auch auf Leistungserbringerseite zu stärken. Auf jeden Fall ist die Stärkung von Wirtschaftlichkeitsinteressen bei gleichzeitiger Wahrung des Qualitätsniveaus des bundesdeutschen Gesundheitswesens ein Drahtseilakt. Wie beispielsweise die Schwierigkeit der Organisation eines funktionierenden Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen zeigte. Ob die ursprünglich ebenfalls für 2007 angekündigte Überarbeitung des Risikostrukturausgleichs zu einer Abschaffung des Wettbewerbs um gute Risiken auf Einzelklassenebene führt, darf in diesem Zusammenhang mit Spannung beobachtet wer-

den. Sollte sich hier ein Erfolg einstellen, wäre sicherlich eine Ausweitung der Krankenkassenwahlfreiheit auf die restlichen bisher nicht einbezogenen Kassenarten überlegenswert.¹¹⁰

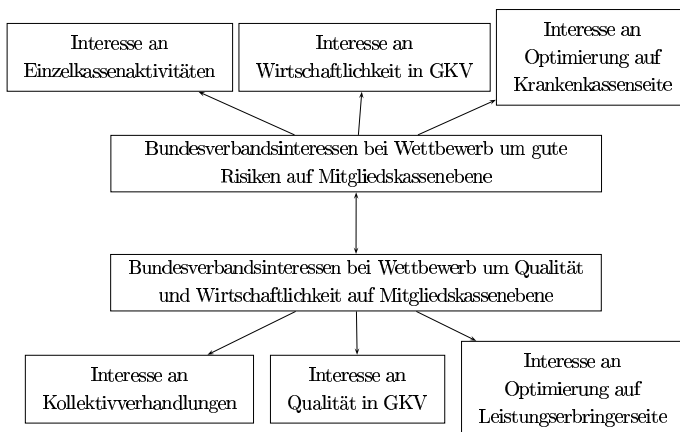
¹¹⁰Im Rahmen der von der großen Koalition Anfang Oktober 2006 beschlossenen Gesundheitsreform wurde der Überarbeitungstermin für den RSA auf 2009 verschoben. Der überarbeitete RSA ist gleichzeitig Grundlage des umstrittenen Gesundheitsfonds, der entsprechend auch erst im Jahr 2009 kommen soll. In diesen Gesundheitsfond werden alle Beiträge sowie auch ein Steuerzuschuss eingezahlt. Gemäß der neuen Regeln des RSA erhalten dann *alle* Krankenkassen pauschale Zuweisungen, die von den Krankenkassen durch einen Zusatzbeitrag aufgestockt werden können.

A Anhang: Diktionärbeschreibung

Hauptkategorien



Subkategorien auf der 2. Ebene



Legende

- nähere Erläuterung des Inhalts einer Kategorie, wenn sich der Inhalt der Kategorie mit Blick auf die Inhaltsdefinition der Subkategorie auf zweiter Ebene und ihrer Bezeichnung nicht selbsterklärt
- ↓ Markierung der Existenz weiterer Subkategorien
- (...) Codes der Kategorien

A.1 Bundesverbandsinteressen bei schlechter Risikostrukturentwicklung einer Kassenart

A.1.1 Interesse an Kollektivverhandlungen (1000)

A.1.1.1 Kollektivverhandlungsgremien (1100)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an Verhandlungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung anzeigen

A.1.1.1.1 Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene (1101)

- zwei Beispiele: »Bundesausschuß«, »NUB-Ausschuß«

A.1.1.1.2 Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene (1102)

- zwei Beispiele: »Anerkennungsausschuß«, »Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen«

A.1.1.1.3 Restkategorie (1103)

→ gemeinsame Selbstverwaltung allgemeine Terminologie

- zwei Beispiele: »gemeinsame Selbstverwaltung«, »Selbstverwaltung der GKV«

A.1.1.2 Kollektivverhandlungsaktivitäten (1200)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an den Aktivitäten der gemeinsamen Selbstverwaltung anzeigen

A.1.1.2.1 Ergebnisse des BAÄK bzw. BAZÄK (1201)

- zwei Beispiele: »Bedarfsplanungs-Richtlinie«, »KfO-Richtlinie«

A.1.1.2.2 Ergebnisse des Ausschusses Krankenhaus (1202)

- zwei Beispiele: »ambulanten OP-Katalog«, »Sonderentgeltkatalog«

A.1.1.2.3 Ergebnisse des Koordinierungsausschusses (1203)

- zwei Beispiele: »Beschluss des Koordinierungsausschusses«, »Beschluss nach § 137e«

A.1.1.2.4 Ergebnisse anderer Kollektivverhandlungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (1204)

- zwei Beispiele: »AOK-Hausarztabo«, »einheitliche Bewertungsmaßstab«

A.1.1.2.5 Restkategorie (1205)

→ alle Ergebnisse, die keinem konkreten Kollektivverwaltungssystem zuzuordnen sind und Wörter, die die Entscheidungsbefugnis der gemeinsamen Selbstverwaltung betonen

- zwei Beispiele: »GKV-Leistungskatalog«, »kollektivvertraglich«

A.1.1.3 Kollektivverhandlungsteilnehmer (1300)

Inhalt: alle Wörter, die Teilnehmer des Kollektivverwaltungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung anzeigen

A.1.1.3.1 Krankenkassen-Vertreter (1301)

- zwei Beispiele: »AOK-Bundesverband«, »Krankenkassenvertreter«

A.1.1.3.2 Ärzte-Vertreter (1302)

- zwei Beispiele: »Ärztevertreter«, »KBV«

A.1.1.3.3 Andere Vertreter (1303)

- zwei Beispiele: »Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung«, »DKG«

A.1.1.3.4 Restkategorie (1304)

→ allgemeine Terminologie bezüglich Kollektivvertragspartnergruppen

- zwei Beispiele: »Bundesmantelvertragspartner«, »Bundesverband«

A.1.2 Interesse an Qualität der GKV (2000)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an Qualität anzeigen

- Beispiele: »Qualität«, »Qualitätssicherung«, »Prozessqualität«, »Qualifikation«, »Mindestqualifikation«

A.1.3 Interesse an Optimierungsstrategien auf Leistungserbringerseite (3000)

A.1.3.1 Leistungsanbieter-Wirtschaftlichkeit (3100)

Inhalt: alle Wörter, die Interesse an Wirtschaftlichkeit auf Leistungsanbieterseite anzeigen

- zwei Beispiele: »Kostenkontrolle«, »Wirtschaftlichkeitsprüfungen«

A.1.3.2 Leistungsanbieter-Qualität (3200)

Inhalt: alle Wörter, die Interesse an Qualität auf Leistungsanbieterseite anzeigen

- zwei Beispiele: »Arzt-TÜV«, »Krankenhauszertifizierung«

A.1.3.3 Restkategorie (3300)

Inhalt: allgemeine Signalbegriffe für abnehmende Leistungsanbieterautonomie bzw. Wörter, die das Streben nach Wirtschaftlichkeit *oder* Qualität auf Leistungsanbieterseite nicht eindeutig anzeigen

- zwei Beispiele: »Bewertung der Behandlungserfolge«, »evidence-basierte Standards«

A.2 Bundesverbandsinteressen bei guter Risikostrukturentwicklung einer Kassenart

A.2.1 Interesse an Einzelkassenaktivitäten (4000)

A.2.1.1 Einzelkassen (4100)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an Einzelkassenebene anzeigen (Einzelkassen sind unterste Einheit autonomer Selbstgestaltung)

A.2.1.1.1 AOK (4101)

- zwei Beispiele: »einzelne AOK«, »AOK Sachsen«

A.2.1.1.2 BKK (4102)

- zwei Beispiele: »einzelne BKK«, »BKK Hoechst«

A.2.1.1.3 Ersatzkassen (4103)

- zwei Beispiele: »einzelne Ersatzkasse«, »DAK«

A.2.1.1.4 IKK (4104)

- zwei Beispiele: »einzelne IKK«, »einzelne Innungskrankenkasse«

A.2.1.1.5 Restkategorie (4105)

→ autonome Selbstverwaltung — allgemeine Terminologie

- zwei Beispiele: »autonome Einzelkassen«, »Kassenautonomie«

A.2.1.2 Einzelkassenaktivitäten (4200)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an Krankenkassenaktivitäten anzeigen, die außerhalb des Kollektivverhandlungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung umsetzbar sind

A.2.1.2.1 Vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellte vertragsrechtliche Handlungsspielräume ↓ (4201)

1. Subkategorie: Modellversuche und Strukturverträge (4202)

- zwei Beispiele: »Modellprojekt«, »„BKK-Praxisnetz Berlin“«

2. Subkategorie: Satzungsleistungen (4203)

- zwei Beispiele: »Satzungsleistungen«, »Satzungsmehrleistungen«

A.2.1.2.2 Kassenautonome Optimierungsstrategien ↓ (4204)

1. Subkategorie: Wirtschaftlichkeitsstrategien (4205)
 - (a) Subsubkategorie: Mehr Wirtschaftlichkeit durch kasseninterne Organisationsreform (4206)
 - zwei Beispiele: »AOK-Binnenreform«, »Fusion«
 - (b) Subsubkategorie: Mehr Wirtschaftlichkeit durch Optimierung des Krankenkassen-Verwaltungsapparates (4207)
 - zwei Beispiele: »Personalentwicklung«, »schlankere Strukturen in der Verwaltung«
2. Subkategorie: Qualitätsstrategien (4208)
 - (a) Subsubkategorie: multimedialer Service (4209)
 - zwei Beispiele: »Call-Center«, »Mailingaktionen«
 - (b) Subsubkategorie: Service durch kundenorientierte Betreuung (4210)
 - zwei Beispiele: »Arbeitgeber-Service«, »ausgedehnte Öffnungszeiten«
 - (c) Subsubkategorie: Service in der Gesundheitsförderung (4211)
 - zwei Beispiele: »BKK-Aktivwochen«, »Ernährungskurs«
3. Subkategorie: Kundenorientierung ohne konkrete Angebote (4212)
 - (a) Subsubkategorie: Werbung (4213)
 - (b) Subsubkategorie: Marketing und Vertrieb (4214)
 - (c) Subsubkategorie: Marktforschung (4215)
 - zwei Beispiele: »Kassenimage«, »Mitgliederwerbung«

A.2.1.2.3 Restkategorie (4216)

- alle Wörter, die keiner konkreten Einzelkassenaktivität zuzuordnen sind, aber das allgemeine Interesse daran anzeigen
- zwei Beispiele: »Deregulierung des Vertragsrechts«, »ergänzende Leistungen«

A.2.1.3 Einzelkassen-Vertragspartner (4300)

Inhalt: alle Wörter, die Partner für Einzelkassenaktivitäten anzeigen

A.2.1.3.1 Vertragspartner für Modellversuche und Strukturverträge (4301)

- zwei Beispiele: »Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt«, »Vertragspartner eines Modellprojektes«

A.2.1.3.2 Restkategorie (4302)

→ allgemeine Terminologie bezüglich Einzelkassen-Vertragspartner

- zwei Beispiele: »Partner der AOK«, »Netzes von Kooperationspartnern«

A.2.2 Interesse an Wirtschaftlichkeit der GKV (5000)

Inhalt: alle Wörter die Interesse an Wirtschaftlichkeit anzeigen

- Beispiele: »Wirtschaftlichkeit«, »Effizienz«, »Allokationseffizienz«, »Effektivität«, »Effektivitätsanalysen«

A.2.3 Interesse an Optimierungsstrategien auf Krankenkassenseite (6000)

A.2.3.1 Krankenkassen-Wirtschaftlichkeit (6100)

Inhalt: alle Wörter, die Interesse an Wirtschaftlichkeit auf Krankenkassenseite anzeigen

note inhaltlich identisch mit der Kategorie: Kassenautonome Optimierungsstrategie
→ siehe Abschnitt A.2.1.2.2

A.2.3.1.1 Mehr Wirtschaftlichkeit durch kasseninterne Organisationsreform (6101)

- zwei Beispiele: »AOK-Binnenreform«, »Fusion«

A.2.3.1.2 Mehr Wirtschaftlichkeit durch Optimierung des Krankenkassen-Verwaltungsapparates (6102)

- zwei Beispiele: »Personalentwicklung«, »schlankere Strukturen in der Verwaltung«

A.2.3.2 Krankenkassen-Qualität (6200)

Inhalt: alle Wörter, die Interesse an Qualität auf Krankenkassenseite anzeigen

note inhaltlich identisch mit der Kategorie: Kassenautonome Optimierungsstrategie
→ siehe Abschnitt A.2.1.2.2

A.2.3.2.1 Multimedialer Service (6201)

- zwei Beispiele: »Call-Center«, »Mailingaktionen«

A.2.3.2.2 Service durch kundenorientierte Betreuung (6202)

- zwei Beispiele: »Arbeitgeber-Service«, »ausgedehnte Öffnungszeiten«

A.2.3.2.3 Service in der Gesundheitsförderung (6203)

- zwei Beispiele: »BKK-Aktivwochen«, »Ernährungskurs«

A.2.3.3 Restkategorie (6300)

Inhalt: alle Wörter, die das Streben nach Wirtschaftlichkeit *oder* Qualität auf Krankenkassenseite nicht eindeutig anzeigen

A.2.3.3.1 Werbung (6301)

- zwei Beispiele: »Außendarstellung«, »Image«

A.2.3.3.2 Marketing und Vertrieb (6302)

- zwei Beispiele: »Außendienst«, »Produktmanagement«

A.2.3.3.3 Marktforschung (6303)

- zwei Beispiele: »Konkurrenzanalyse«, »Zufriedenheitsbefragung«

Literatur

- [Abromeit] Abromeit, Heidrun (1993): Interessenvermittlung zwischen Konkurrenz und Konkordanz. Opladen: Leske und Budrich.
- [AG KA] Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss. URL: <http://www.arge-koa.de/index.php> — Download: Juli 2003.
- [Alber] Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [Alber/Bernardi-Sch.] Alber, Jens/Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992): Westeuropäisches Gesundheitssystem im Vergleich. Frankfurt/New York: Campus.
- [Andersen/Schwarze a] Andersen, Hanfried H./Schwarze, Johannes (1998): GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10, S. 11-23.
- [Andersen/Schwarze b] Andersen, Hanfried H./Schwarze, Johannes (1999): Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 5-6, S. 10-23.
- [Andersen et al.] Andersen, Hanfried H./Grabka, Markus M./Schwarze, Johannes (2002): Wechslerprofile — Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997 - 2001. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 7-8, S. 19-32.
- [AOK BV] AOK Bundesverband. URL: <http://212.227.33.34/bundesverband/wuu/selbstverw.html>.
- [Axelrod] Axelrod, Robert (1984): The Evolution of Cooperation. New York: Basic Books.
- [BA] Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Bundesarbeitsblätter, 1989-1991. Stuttgart: Kohlhammer.

- Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr. 2 vom 31.01.1991/Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29.09.1989),
Kinderrichtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr. 2 vom 31.01.1991/Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29.09.1989),
Richtlinien über die Früherkennung von Krebskrankheiten (Bundesarbeitsblatt Nr. 2 vom 31.01.1991),
Mutterschaftsrichtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr. 6 vom 31.05.1991/Bundesarbeitsblatt Nr. 2 vom 31.01.1991/Bundesarbeitsblatt Nr. 9 vom 31.08.1990/Bundesarbeitsblatt Nr. 12 vom 30.11.1989/Bundesarbeitsblatt Nr. 3 vom 01.03.1989),
Mutterschaftsrichtlinien-Anlage 2 (Bundesarbeitsblatt Nr. 9 vom 31.08.1990),
Richtlinien über künstliche Befruchtung (Bundesarbeitsblatt Nr. 12 vom 30. November 1990),
NUB-Richtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr.2 vom 31. Januar 1991),
NUB-Richtlinien Anlage 1 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 30.09.1991), NUB-Richtlinien Anlage 2 (Bundesarbeitsblatt Nr. 6. vom 31.05.1991),
Arzneimittelrichtlinien-Anlage 1 (Bundesarbeitsblatt Nr. 6 vom 31.05.1991, S. 87),
Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr. 11 vom 31. Oktober 1991).
- [BAÄK GO] Geschäftsordnung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. In: Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2000), Bundesanzeiger, Nr. 63. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- [BAÄK VO] Verfahrensordnung für Anhörungen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. In: Bundesministerium der Justiz (Hg.) (1997), Bundesanzeiger 1997, S. 13722/14566. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- [BAnz] Bundesministerium der Justiz (Hg.): Bundesanzeiger (BAnz), 1976-2003. Köln: Bundesanzeiger.
Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien (BAnz 2000, S. 4770/ BAnz 1999, S. 5243/),

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung (BAnz. 1999, S. 947/BAnz 1998, S. 12723-12724),
Kinderrichtlinien (BAnz. 2000, S. 4603/BAnz. 1998, S. 12723/BAnz. 1995, S. 11789/BAnz. 1987, Beilage Nr. 156 a/BAnz. 1980, Beilage Nr. 4/BAnz 1976, Beilage Nr. 28),
Richtlinien über die Früherkennung von Krebskrankheiten (BAnz. 2002, S. 23077/BAnz. 1994, S. 9185/BAnz. 1986, S. 16310/BAnz. 1982, Beilage Nr. 32/BAnz. 1979, Nr. 195/BAnz 1976, Nr. 214, Beilage),
Mutterschaftsrichtlinien (BAnz. 2002, S. 26682/BAnz. 1999, S. 947/BAnz. 1998, S. 10507/BAnz. 1996, S. 5 188/BAnz. 1996, S. 1738/BAnz. 1995, S. 195/BAnz. 1994, S. 10449/BAnz. 1992, Beilage Nr. 183b/ BAnz. 1987, Beilage Nr. 156a/Bundesanzeiger 1986, Beilage Nr. 60a), Mutterschaftsrichtlinien-Anlage 1 (BAnz. 1997, S. 2594/BAnz.1995, S. 7386), Mutterschaftsrichtlinien-Anlage 4 (BAnz. 1994, S. 10449),
Richtlinien zur Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (BAnz. 1999, S. 946/BAnz. 1993, S. 2178/BAnz. 1992, S. 8499/BAnz 1986, Beilage Nr. 60a),
Richtlinien über künstliche Befruchtung (BAnz. 2002, S. 10941/BAnz. 1997, S. 15232),
NUB-Richtlinien Anlage 1 (BAnz 1999, S. 18171/BAnz 1999, S. 9394/BAnz 1999, 946/BAnz 1998, S. 10507/BAnz. 1996, S. 1809/BAnz. 1995, S.11957/BAnz. 1994, S. 3156/BAnz. 1992, S. 8498), NUB-Richtlinien Anlage 2 (BAnz 2000, S. 681/BAnz 1998, S. 10507/BAnz. 1995, S. 7386/BAnz. 1995, S. 146/BAnz. 1994, S. 3156/BAnz. 1993, S. 7869/BAnz. 1992, S. 7421/BAnz. 1992, S. 1109), NUB-Richtlinien Anlage 3 (BAnz. 1994, S. 9186/BAnz. 1994, S. 3157),
BUB-Richtlinien (Bundesanzeiger 2000, S. 4602), BUB-Richtlinien-Anlage A (BAnz. 2003, S. 14486/BAnz. 2002, S. 26682/BAnz. 2001, S. 21965/BAnz. 2001, S. 685), BUB-Richtlinien-Anlage B (BAnz. 2002, S. 22478/BAnz. 2002, S. 10206/BAnz. 2001, S. 18422/BAnz. 2001, S. 9642/BAnz. 2001,

S. 4770/BAnz. 2001, S. 685/BAnz. 2001, S. 1505/BAnz. 2000, S. 14470/BAnz. 2000, S. 13396), Psychotherapie-Richtlinien (BAnz 1998, S. 249), Arzneimittelrichtlinien (BAnz. 1998, S. 14491/BAnz. 1996, S. 4802/BAnz. 1994, S. 10449/BAnz 1993, S. 11155), Arzneimittelrichtlinien-Anlage 2 (BAnz. 2001, S. 18422-18423/BAnz. 2000, S. 18864/BAnz. 2000, S. 14470/BAnz. 2000, S. 10094/BAnz. 2000, S. 681/BAnz. 1999, S. 7813/BAnz. 1999, S. 5243/BAnz. 1998, S. 14491/BAnz. 1998, S. 13858/BAnz. 1998, S. 10507/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a/BAnz. 1997, S. 15232/BAnz. 1997, S. 9658/BAnz. 1997, S. 4682/BAnz. 1996, S. 12015/BAnz. 1997, S. 2945/BAnz. 1996, S. 9265/BAnz. 1996, S. 4803/BAnz. 1996, S. 1395/BAnz. 1995, S. 11637/BAnz. 1995, S. 7385/BAnz. 1995, S. 5847/BAnz. 1995, S. 5128/BAnz. 1995, S. 74/BAnz. 1994, S. 10041/BAnz. 1994, S. 8667/BAnz. 1994, S. 2027/BAnz. 1994, S. 3154/BAnz. 1994, S. 4000/BAnz. 1994, S. 2333/BAnz. 1993, S. 10428/BAnz. 1994, S. 145/BAnz. 1993, S. 7 437/BAnz 1993, S. 5161/BAnz. 1993, S. 5192/BAnz 1992, S. 3171/ 1993, S. 5830), Arzneimittelrichtlinien-Anlage 3 (BAnz. 2003, S. 3953/BAnz. 2002, S. 25085/BAnz. 2002, S. 24036/BAnz. 2002, S. 22976/BAnz. 2002, Beilage 170a), Arzneimittelrichtlinien-Anlage 4 (BAnz. 2002, S. 13580/BAnz. 2002, S. 13577/BAnz. 2001, S. 18422-18423/BAnz. 2001, S. 9297-9298/BAnz. 2001, S. 7478/BAnz. 2000, S. 14469-14470/BAnz. 2000, S. 10094-10095/BAnz. 2001, S. 2777/BAnz. 1999, S. 7813/BAnz. 1996, S. 12015/BAnz. 1996, S. 10245), Arzneimittelrichtlinien-Anlage 5 (BAnz. 2002, S. 12401/BAnz. 2002, S. 21409/BAnz. 2002, S. 25785), Heil- und Hilfsmittelrichtlinien (BAnz., 1993 S. 5162/BAnz. 1993, S. 10429/BAnz. 1994, S. 1463/BAnz. 1995, S. 5990/BAnz. 1996, S. 5188/BAnz. 1997, S. 4682/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a/BAnz 1992, Beilage Nr. 183b), Hilfsmittelrichtlinien (BAnz. 2001, S.11037), Hilfsmittelrichtlinien-Anlage 3 (BAnz. 1997, S. 3076/BAnz. 1996, Beilage Nr. 238a/BAnz. 1996, S. 7822/BAnz.

1995, S. 6318/BAnz. 1993, S. 11026), Heilmittelrichtlinien (BAnz. 2002, S. 22478/BAnz. 2002, S.14873/Bundesanzeiger 2001, Beilage Nr. 118a), Heilmittelrichtlinien-Anlage 2 (BAnz. 1996, S. 5188/BAnz. 1995, S. 1463/BAnz. 1994, S. 9185/BAnz. 1992, S. 2178)

Krankenhauspflege-Richtlinien (BAnz 1982, Beilage Nr. 32),
 Krankentransport-Richtlinien (BAnz 1992, Beilage Nr. 183b),
 Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die radiologische Diagnostik (BAnz. 1997, S. 2946/BAnz 1992, Beilage Nr. 183b),
 Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie (BAnz 2001, S. 2013 bis 2016),
 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte (BAnz. 2002, S. 14538/BAnz. 2002, S. 5148/BAnz. 2002, S. 1618/BAnz. 2001, S. 4770/BAnz. 2000, S. 23731/BAnz. 2000, S. 4603/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1999, S. 7811/BAnz. 1999, S. 5243/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a/BAnz. 1998, S. 371/BAnz. 1997, S. 10396/BAnz. 1996, S. 10246/BAnz. 1994, S. 2945/BAnz 1993, Beilage Nr. 110a), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 1 (BAnz. 2002, S. 1618/BAnz. 2000, S. 23731/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a/BAnz. 1994, S. 2946), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 2 (BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 2.2 (BAnz. 2000, S. 23731), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 2.4 (BAnz. 2001, S. 23736), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 3.1 (BAnz. 2001, S. 11037/BAnz. 2000, S. 4603/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a/BAnz 1997, S. 10396/BAnz. 1995, S. 7386), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 3.2 (BAnz. 1993, Beilage Nr. 110a), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 4.1 (BAnz. 2001, S. 23736/BAnz. 2000, S. 23731/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 4.2 (BAnz. 2001, S. 23736/BAnz. 2000, S. 23731/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a), Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte-Anlage 4.3 (BAnz. 2001

- S. 23736/BAnz. 2000, S. 2373/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1998, Beilage Nr. 115a),
 Angestellte-Ärzte-Richtlinien (BAnz. 2002, S.1618/BAnz. 2000, S. 17182/BAnz. 1999, S. 17999-18001/BAnz. 1999, S. 5242/BAnz 1998, S. 372),
 Soziotherapie-Richtlinien (BAnz 2001, S. 23735),
 Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien (BAnz 2000, S. 8878).
- [Basisdaten] Basisdaten 2002. Statistiken zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Vom Verband der Angestellten-Krankenkassen (vdak) über Internet zur Verfügung gestellt. URL: <http://www.vdak.de>.
- [Behagl] Behagl, Katrin (1994): Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [BKK BV] BKK Bundesverband. URL: http://www.bkk.de/ihre_bkk/bkk_bundesverband.
- [Blanke] Blanke, Bernhard (Hg.) (1994): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske und Budrich.
- [BMGS a] Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hg.) (2003): Sozialgesetzbuch — 5. Buch Krankenversicherung, Stand 2003. Zur Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung. URL: http://www.bmgs.bund.de/downloads/u_soz_r_05Krankenversicherung.pdf.
- [BMGS b] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Ergebnisse der GKV-Statistik KM 1 und KG 2 für die Jahre 1996 bzw. 1998 bis 2002. URL: <http://www.bmgs.bund.de>.
- [BMGS c] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicher-

- te Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2002. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1.
- [BMGS d] Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) (Hg.): Statistisches Taschenbuch, Gesundheit 2002. URL: <http://www.bmgs.bund.de/download/statistiken>.
- [Bortz] Bortz, Jürgen (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer.
- [Bronstein et al.] Bronstein, I. N./Semendjajew, K. A (1996): Teubner-Taschenbuch der Mathematik. Begründet von I. N. Bronstein und K. A. Semendjajew, Weitergeführt von G. Grosche, V. Ziegler und D. Ziegler. Herausgegeben von E. Zeidler. Stuttgart/Leipzig: Teubner.
- [BUB] Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB): Richtlinien (BAnz 2000, S. 4602), BUB-Richtlinien-Anlage A (BAnz. 2003, S. 14486/BAnz. 2002, S. 26682/BAnz. 2001, S. 21965/BAnz. 2001, S. 685), BUB-Richtlinien-Anlage B (BAnz. 2002, S. 22478/BAnz. 2002, S. 10206/BAnz. 2001, S. 18422/BAnz. 2001, S. 9642/BAnz. 2001, S. 4770/BAnz. 2001, S. 685/BAnz. 2001, S. 1505/BAnz. 2000, S. 14470/BAnz. 2000, S. 13396), Psychotherapie-Richtlinien (BAnz 1998, S. 249).
- [Budge] Budge, Ian (1999): Estimating Party Policy Position (1999): From ad hoc Measures to Theoretically Validated Standards. Essex Papers in Politics and Government, no. 139.
- [Budge et al.] Budge, Ian/Robertson, David/Hearl, Derek (1987): Ideology, Strategy and Party. Cambridge: Cambridge University Press.
- [Burger et al.] Burger, Stephan/Demmer, Hildegard/Männel, Beate (2003): Die Betriebliche Krankenversicherung gestern — heute — morgen. In: Die BKK, Heft 8.
- [Cassel/Janßen] Cassel, Dieter/Janßen, Johannes (1999): GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des

- RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Knappe, Eckhard (Hg.), Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses. Gesundheitsökonomische Beiträge, Band 32. Baden-Baden: Nomos.
- [Claus et al.] Claus, Günter/Finze, Falk-Rüdiger/Partzsch, Lothar (1994): Statistik. Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner. Band 1. Frankfurt am Main: Harri Deutsch.
- [Coleman] Coleman, James (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. München: Oldenbourg.
- [Czada] Czada, Roland (1994): Konjunkturen des Korporatismus: Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung. In: Streeck, Wolfgang (Hg.), Staat und Verbände. Politische Vierteljahresschrift, Sonderband 25; S. 37-65. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [Czada/Zintl] Czada, Roland/Zintl, Reinhard (Hg.) (2003): Politik und Markt. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 34/2003. Wiesbaden: VS.
- [DB a] Deutscher Bundestag (Hg.) (2001): Amtliche Begründung zum Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Drucksache 14/6432.
- [DB b] Deutscher Bundestag (Hg.) (1998): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Dritter Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierte Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (Dritter Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V). Drucksache 13/11256.
- [DB c] Deutscher Bundestag (Hg.) (1992): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der

- Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit im Gesundheitswesen. (Bericht nach § 141 Abs. 4 SGB V). Drucksache 12/1901.
- [Die BKK] Die BKK. URL: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,299,nodeid,html>.
- [die Ersatzkasse] Die Ersatzkasse. URL: <http://www.vdak-aev-de/magazin.htm>.
- [Döhler/Manow] Döhler, Marian/Manow, Philip (1995): Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, S. 140-168. In: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.), Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt am Main: Campus.
- [Döhler/Manow-B.] Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip (1992): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 1, S. 64-106.
- [EBM] Einheitlicher Bewertungsmaßstab. In Kraft getreten am 1. Juli 1999.
- [EK BV] Ersatzkassenverbände. URL: <http://vdak.de/orga.htm>.
- [Enthoven] Enthoven, Alain C. (1988): Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam/North Holland: Elsevier Science Publishers B. V.
- [Esser] Esser, Hartmut (1993): Soziologie. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt/New York: Campus.
- [Geis] Geis, Alfons (1992): Computerunterstützte Inhaltsanalyse — Hilfe oder Hinterhalt? In: Züll, Cornelia/Mohler, Peter Ph. (Hg.), Textanalyse. Anwendungen der Computerunterstützten Inhaltsanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [G+G] Gesundheit und Gesellschaft. URL: <http://www.aok-bv.de/service/medien/gg/index.html>.
- [G+G Blickpunkt a] G+G Blickpunkt: Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK, Heft 6.

- [G+G Blickpunkt b] G+G Blickpunkt: Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK, Heft 4.
- [Hummell] Hummell, Hans J. (1972): Probleme der Mehrebenenanalyse. Studienskripten zur Soziologie. Herausgegeben von Erwin K. Scheuch. Stuttgart: B. G. Teubner.
- [Jacobs et al.] Jacobs, Klaus/Reschke, Peter/Cassel, Dieter/Wasem, Jürgen (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. Band 140 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- [Kania/Blanke] Kania, Helga/Blanke, Bernhard (2000): Von der „Korporatisierung“ zum Wettbewerb. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren. In: Czada/Wollmann (Hg.), Von der Bonner zur Berliner Republik.
- [Kasper] Kasper, Stefanie (2002): Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Schriften zur Sozialpolitik, Bd. 10. Regensburg: Eurotrans.
- [Krippendorff] Krippendorff, Klaus (2004): Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- [Kühn] Kühn, Hagen (2001): Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Heft P01-204.
- [Lamping] Lamping, Wolfram (1994): Selbstverwaltung und Parafiskalität: Die Gesetzliche Krankenversicherung im politischen Ausgleich sozialer Risiken, S. 75-109. In: Blanke, Bernhard (Hg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske und Budrich.
- [Landmann] Landmann, Juliane (2000): Gewerkschaftliche Reaktionen auf den Verlust der Vollbeschäftigung. Der Deutsche Gewerkschaftsbund

- und das »Bündnis für Arbeit«. Diplomarbeit, Universität Leipzig.
URL: <http://doi.uni-leipzig.de/pub/2000-43>.
- [Landmann/Züll] Landmann, Juliane/Züll, Cornelia (2004): Computerunterstützte Inhaltsanalyse ohne Diktionär. In: ZUMA-Nachrichten, Heft 54.
- [Lehmbruch] Lehmbruch, Gerhard (1987): Administrative Interessenvermittlung. In: Windhoff-Heritier, Adrienne (Hg.), Verwaltung und ihre Umwelt. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [Lütz] Lütz, Susanne (1995): Politische Steuerung und die Selbstregelung korporativer Akteure. In: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt am Main: Campus.
- [Mayntz a] Mayntz, Renate (2002): Kausale Rekonstruktion: theoretische Aussagen im Akteurzentrierten Institutionalismus. Gastvortrag im Rahmen der Kolloquia des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung.
- [Mayntz b] Mayntz, Renate (1992): Interessenverbände und Gemeinwohl — Die Verbändestudie der Bertelsmann Stiftung. In: Mayntz, Renate (Hg.), Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- [Mayntz/Scharpf] Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995): Der Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus. In: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt am Main: Campus.
- [Mohler/Züll] Mohler, Peter Ph./Züll, Cornelia (2002): Textpack. User's Guide. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA). Mannheim: ZUMA.
- [Murswieck] Murswieck, Axel (1990): Politische Steuerung des Gesundheitswesens, S. 150-176. In: Beyme, Klaus von/Schmidt, Manfred G. (Hg.), Politik in der Bundesrepublik. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [Nash] Nash, John (1951): Non-Cooperative Games. *Econometrica* 21.

- [Noweski] Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. In: Discussion Papers SP I 2004-304.
- [NUB] Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): NUB-Richtlinien (Bundesarbeitsblatt Nr.2 vom 31. Januar 1991), NUB-Richtlinien Anlage 1 (BAnz 1999, S. 18717/BAnz 1999, S. 9394/BAnz 1999, 946/BAnz 1998, S. 10507/BAnz. 1996, S. 1809/BAnz. 1995, S.11957/BAnz. 1994, S. 3156/BAnz. 1992, S. 8498/Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 30.09.1991), NUB-Richtlinien Anlage 2 (BAnz 2000, S. 681/BAnz 1998, S. 10507/BAnz. 1995, S. 7386/BAnz. 1995, S. 146/BAnz. 1994, S. 3156/BAnz. 1993, S. 7869/BAnz. 1992, S. 7421/BAnz. 1992, S. 1109/Bundesarbeitsblatt Nr. 6. vom 31.05.1991), NUB-Richtlinien Anlage 3 (BAnz. 1994, S. 9186/BAnz. 1994, S. 3157)
- [Offe] Offe, Claus (1984): Korporatismus als System nichtstaatlicher Makrosteuerung? Notizen über seine Voraussetzungen und demokratischen Gehalte. In: Geschichte und Gesellschaft, Heft 2.
- [Pappi/Shikano] Pappi, Franz Urban/Shikano, Susumu (2005): Die gesundheitspolitischen Präferenzen der deutschen Wählerschaft. Arbeitspapiere, Nr. 87, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- [Perschke-Hartmann] Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer. Opladen: Leske und Budrich.
- [Pfanzagl] Pfanzagl, Johann (1983): Allgemeine Methodenlehre der Statistik I. Berlin, New York: de Gruyter.
- [Rosenbaum] Rosenbaum, Paul R. (2002): Observational Studies. Springer.
- [Rosenbrock/Gerlinger] Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- [Scharpf a] Scharpf, Fritz W. (2000): Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen: Leske und Budrich.

- [Scharpf b] Scharpf, Fritz W. (1992): Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhundert. In: Kohler-Koch, Beate (Hg.): Staat und Demokratie in Europa. 18. Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft. Opladen: Leske und Budrich.
- [Scharpf c] Scharpf, Fritz W. (1988): Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Schmidt, Manfred (Hg.), Staatstätigkeit. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19/1988. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [Schmidbauer] Schmidbauer, Wilhelm/Schmidbauer, Bernhard (2002): Gesetzliche Krankenversicherung SGB V. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung mit allen seit dem Gesundheitsreformgesetz erfolgten Änderungen und Ergänzungen. Berg: Leitfadenverlag Sudholt.
- [Schmitter] Schmitter, Philippe C. (1984): Gemeinschaft, Markt, Staat — und Verbände? Der mögliche Beitrag von privaten Interessenregierungen zu sozialer Ordnung. In: Streeck, Wolfgang (Hg.) (1999), Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [Schmitter/Streeck] Schmitter, Philippe C./Streeck, Wolfgang (1981): The Organization of Business Interests. A Research Design to Study the Associative Action of Business in the Advanced Industrial Societies of Western Europe, revised and extended version. Wissenschaftszentrum Berlin, IIM/LMP 13-81.
- [SGB IV] Sozialgesetzbuch — Viertes Buch. Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung. Zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002.
- [SGB V] Sozialgesetzbuch — Fünftes Buch — SGB V — Gesetzliche Krankenversicherung (Text). In: Schmidbauer, Wilhelm/Schmidbauer, Bernhard (2002), Gesetzliche Krankenversicherung SGB V. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung mit allen seit dem

- Gesundheitsreformgesetz erfolgten Änderungen und Ergänzungen. Berg: Leitfadenverlag Sudholt.
- [Stat. BA] Statistisches Bundesamt (Hg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- [Streeck a] Streeck, Wolfgang (1999): Staat und Verbände: Neue Fragen. Neue Antworten? In: Streeck, Wolfgang (Hg.), Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [Streeck b] Streeck, Wolfgang (1999): Vielfalt und Interdependenz: Überlegungen zur Rolle intermediärer Organisationen in sich ändernden Umwelten. In: Streeck, Wolfgang (Hg.), Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [Streeck c] Streeck, Wolfgang (Hg.) (1999): Korporatismus in Deutschland. Zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- [Streeck d] Streeck, Wolfgang (1994): Einleitung des Herausgebers. Staat und Verbände, Politische Vierteljahresschrift, Sonderband 25. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- [Streeck/Schmitter] Streeck, Wolfgang/Schmitter, Philippe C. (1985): Gemeinschaft, Markt und Staat und die Verbände. Der mögliche Beitrag von Interessenregierungen zur sozialen Ordnung. In: Journal für Sozialforschung, Jg. 25., S. 133-157.
- [Tauchnitz] Tauchnitz, Thomas (2004): Die „organisierte“ Gesundheit. Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor. Wiesbaden: Deutschen Universitäts-Verlag (DUV).
- [Tophoven] Tophoven, Christina (2000): Entwicklungsperspektiven integrierter Anbieterstrukturen und ärztlicher Selbstverwaltung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11/12.

- [Traxler/Vobruba] Traxler, Franz/Vobruba, Georg (1986): Selbststeuerung als funktionales Äquivalent zum Recht? Zur Steuerungskapazität von neokorporatistischen Arrangements und reflexivem Recht. In: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper IIM/LMP 86-20.
- [Urban] Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. In: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper P01-206.
- [Vobruba] Vobruba, Georg (1983): Wohlfahrtsstaatliche Sicherung und politische Konfliktfähigkeit. In: Vobruba, Georg (1983), Politik mit dem Wohlfahrtsstaat. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- [von Stillfried] von Stillfried, Dominik (2000): Integrationsforschung — Innovationspotenzial und Risiken. In: Sozialer Fortschritt, Heft 8-9.
- [Weber a] Weber, Robert Philip (1990): Basic Content Analysis. Newsbury Park, London, New Delhi: Sage.
- [Weber b] Weber, Max (1984): Geltungsgründe der legitimen Ordnung: Tradition, Glauben, Satzung. In: Weber, Max (1984), Soziologische Grundbegriffe. Tübingen: Mohr.
- [Wigge a] Wigge, Peter (2000): Evidenz-basierte Richtlinien und Leitlinien. Qualitätssicherungs- oder Steuerungsinstrumente in der GKV? In: MedR 2000, Heft 12.
- [Wigge b] Wigge, Peter (1999): Das Entscheidungsmonopol des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen für Arzneimittel und neue medizinische Verfahren. In: MedR 1999, Heft 11.
- [Zercher et al.] Zercher, Jürgen/Schönig, Werner/Klingenberg, David (2000): Arbeitsmarktpolitik und -theorie. Lehrbuch zu empirischen, institutionellen und theoretischen Grundfragen der Arbeitsökonomik. München: Oldenbourg.

[ZUMA-WS]

ZUMA-Workshop (2004): Handout.

[Zürn]

Zürn, Michael (1992): Interessen und Institutionen in der internationalen Politik. Grundlegung und Anwendungen des situationsstrukturellen Ansatzes. Opladen: Leske und Budrich.



Mit dem „Gesundheitsstrukturgesetz“ von 1992 wurden im deutschen System der gesetzlichen Krankenkassen zwei entscheidende Änderungen vorgenommen. Alle Versicherungspflichtigen erhielten ab 1996 die volle Wahlfreiheit bei der Auswahl ihrer gesetzlichen Krankenkasse und zur Ermöglichung eines fairen Wettbewerbs zwischen den Kassen wurde im Vorfeld der Wahlfreiheit ein sogenannter Risikostrukturausgleich zwischen ihnen eingeführt. Da die Steuerung des Gesundheitswesens im wesentlichen auf einer sektoralen Konzertierung der Krankenkassen und Leistungserbringer beruht, wird die Wirkung der Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit und des Risikostrukturausgleichs auf eines dieser korporatistischen Gremien untersucht. Als Beispiel dient der „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, dessen offizieller Name inzwischen in „Gemeinsamer Bundesausschuss: Vertragsärztliche Versorgung“ geändert wurde. Am Ende der Analyse stellt sich heraus, dass die Einführung des regulierten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen als ein Steuerungsmisserfolg zu bewerten ist. Zwar wurde auf Krankenkassenseite ein größeres Interesse an Wirtschaftlichkeit erzeugt, allerdings können sich diese Interessen aufgrund der Verhandlungssituation im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht durchsetzen. Die Ergebnisse zu den Interessen der Krankenkassen basieren auf einer quantitativen Inhaltsanalyse von Verbandszeitschriften und das Ergebnis zur Verhandlungssituation im Bundesausschuss beruht auf einer spieltheoretischen Betrachtung der strategischen Aufstellung der Krankenkassen und Leistungserbringer.